NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

AVRIL 1848. — 9me SÉRIE. — T. IV.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p.217—244.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 245—276.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—6. *Revue* 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36.
Thérapeut. 7—10. *Revue* 42.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 11—12. *Revue* 45, 46.
Maladies des femmes. 13. *Revue* 39, 54, 55.
Maladies des enfants. 14. *Revue* 37, 38.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 15—17. *Revue* 40, 41, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53.
Médecine opératoire. 18—21.
Ophthalmologie. 22—23. *Revue* 58.

XII. Généralités. 24—25.

Sociétés savantes, pag. 218, 235.

Mélanges. 44, 56, 58, 59, 60, 61.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(AVRIL 1848.)

QUELQUES MOTS SUR L'AFFECTION ÉPIDÉMIQUE OBSERVÉE A NIEUPORT PENDANT LES MOIS D'AOUT ET DE SEPTEMBRE DERNIERS;

Par A. Pontus, médecin de bataillon de 1re classe.

« La marche naturelle de l'esprit humain dans la médecine, comme dans les autres sciences d'observation, est de procéder par des abstractions successives, et de partir de la description des faits historiques pour s'élever à des vues plus générales et plus étendues. » (Pinel, *Nosographie philosophique*, t. Ier, p. 296.) Cet aphorisme est d'une vérité incontestable; mais ce qui n'est malheureusement pas moins vrai, c'est que l'esprit humain, aussitôt qu'il s'élève au-dessus de l'observation simple des faits, pour s'élancer dans le vaste champ de la généralisation, s'égare bien souvent dans sa route. Il n'est pas rare de voir des observateurs, partant d'un même point et s'appuyant sur les mêmes faits, arriver à des conclusions, sinon entièrement opposées, au moins considérablement divergentes. La doctrine des fièvres bilieuses est, entre autres, une preuve frappante de cette vérité. En effet, malgré les efforts réitérés des pathologistes anciens et modernes, malgré les relations nombreuses des diverses épidémies décrites à différentes époques, il règne encore tant de confusion et d'obscurité sur la doctrine de ces fièvres, que l'on ne peut, dans l'état actuel de la science, les rapporter avec sûreté à un type commun où viendraient se grouper les formes variées sous lesquelles elles se sont présentées.

Cette difficulté provient, nous semble-t-il, de ce que très-souvent des auteurs, attachant une importance exagérée à la réaction fébrile qui accompagne presque toujours les phlegmasies graves des organes importants, ont décrit, sous le nom de *fièvres bilieuses*, des inflammations gastro-intestinales, compliquées d'affections, soit du foie, soit du cerveau ou de ses membranes, où l'on chercherait

en vain la manifestation symptomatique constante d'une seule et même maladie. Plusieurs fois aussi l'expression de souffrance des organes gastro-hépatiques ayant seule fixé l'attention de certains praticiens, ceux-ci n'ont vu que des inflammations locales là où la fièvre bilieuse était évidente.

La maladie épidémique que nous avons observée à Nieuport, pendant les mois d'août et de septembre derniers, ayant présenté à peu près l'individualité nosographique que Stoll appelait *fièvre bilieuse*, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de la faire connaître, dans le but d'éclairer quelque peu une question de pyrétologie, destinée à rester peut-être encore longtemps à l'état de problème.

Tous les ans, à l'époque des chaleurs, la garnison de Nieuport voit le nombre de ses malades s'augmenter considérablement. Les fièvres intermittentes à différents types, simples, ou compliquées d'embarras gastrique, sévissent alors avec intensité : elles commencent à se montrer vers le mois d'août, pour finir vers la mi-octobre. Ordinairement bénignes, et rarement accompagnées ou suivies d'engorgement de la rate ou d'anasarque, les habitants s'en inquiètent généralement peu, et n'ont que rarement recours aux préparations fébrifuges. Dans les premiers jours de la fièvre, ils s'imposent la diète et des boissons délayantes ; passé ce temps, ils reprennent insensiblement, pendant les jours d'apyrexie, et leur régime ordinaire et leurs occupations habituelles, attendant ainsi la terminaison spontanée de leurs accès qui a souvent lieu de la deuxième à la quatrième semaine. Il existe encore parmi eux ce préjugé : qu'il est nuisible de couper les fièvres intermittentes, et, généralement ils ne s'y décident qu'alors qu'ils en ont souffert durant assez longtemps, et qu'ils se trouvent dans un état voisin de la cachexie paludéenne.

L'été de 1846 a été, comme l'on sait, remarquablement chaud et sec ; le nombre des malades n'en a pas été sensiblement augmenté à Nieuport. Les fièvres intermittentes ne se sont pas montrées, proportion gardée, plus nombreuses que dans les années précédentes ; mais l'on a eu à traiter plusieurs cas de fièvre typhoïde grave, de forme adynamique et pectorale, depuis le mois de juillet jusqu'au mois de décembre. Nous devons ici faire remarquer que la fièvre typhoïde est aussi rare à Nieuport qu'elle est fréquente dans ses environs, où elle a même continué à exercer ses ravages jusqu'aujourd'hui, d'une manière presque épidémique et souvent meurtrière.

Le temps qui a régné, cette année, pendant les mois qui constituent ordinairement la belle saison, a été différent de celui de

l'année dernière. Si l'on excepte les mois de mai et de juillet, pendant lesquels nous avons joui d'un ciel sec et chaud, rafraîchi toutefois par le voisinage de la mer, qui communique ordinairement à l'air un peu de fraîcheur et d'humidité, on peut dire que l'été écoulé a été généralement pluvieux, orageux, très-variable, et par conséquent peu agréable. Cependant il importe de remarquer que, dans son ensemble, la température des trois mois qui ont précédé l'invasion de l'épidémie a été évidemment chaude et humide. Les vents dominants furent, dans leur ordre de fréquence, ceux de l'ouest, du nord-ouest et du nord-est.

Les fièvres intermittentes, qui pendant l'hiver étaient devenues, comme d'habitude, de plus en plus rares, recommencèrent à paraître en assez grand nombre pendant les mois d'avril, mai et juin: elles affectèrent le type tierce ou quotidien, et, exemptes de toute complication, elles cédèrent promptement aux agents antipériodiques. A la même époque, nous observâmes sur d'autres malades un très-grand nombre de furoncles, d'anthrax et de panaris. Pendant le mois de juillet et au commencement d'août, nous ne fûmes consulté que pour des diarrhées catarrhales et des fièvres intermittentes, mais compliquées, cette fois, d'embarras gastrique. Enfin, vers la mi-août, l'épidémie s'annonça de manière à pouvoir être divisée en trois formes distinctes.

Dans la première qui se montra du 15 au 31 août, les malades accusaient, pendant quelques jours, de la faiblesse, un abattement général, de l'inappétence et des envies de vomir; la langue se couvrait d'un enduit épais, sale et d'un blanc jaunâtre; ils étaient pris ensuite, vers cinq à six heures du soir, d'un frisson bientôt suivi d'angoisses, d'anxiétés et de vives douleurs épigastriques, auxquelles succédaient des nausées, des vomissements de matières vertes, porracées, et en même temps des selles bilieuses qui duraient quelquefois toute la nuit. Les urines étaient rares, d'un jaune safrané; la céphalalgie violente; le pouls plein et fréquent, donnant 24 à 28 pulsations au quart de minute; la peau très-chaude et couverte d'une sueur odorante et forte; la soif vive. Ces symptômes cholériniformes se sont souvent présentés au milieu de l'apparence d'une parfaite santé. La maladie offrait un peu d'amendement le matin, pour s'aggraver vers le soir. Cependant, après deux, trois ou quatre jours de durée, les vomissements cessaient les premiers, les selles devenaient naturelles, la fièvre disparaissait complétement, et les malades étaient suffisamment rétablis pour reprendre leur service, après quelques jours de convalescence seulement. Ce furent là les cas les plus fréquents et les plus heureux. Chez ceux qui, au début, eurent le moins d'évacua-

tions par le haut et par le bas, la diarrhée bilieuse et la fièvre ne cessaient que du septième au huitième jour; la convalescence était moins franche et moins rapide. C'est même l'observation réitérée de ce fait qui nous a engagé à changer, dans le traitement, la règle de conduite que nous avions adoptée d'abord. En effet, en l'absence d'indications pressantes, la prudence nous avait fait un devoir de l'expectation; mais, par la suite, nous n'avons pas hésité à administrer, dès le principe, des vomitifs, voire même des vomi-purgatifs, aux nouvelles victimes de l'épidémie, croyant de cette manière répondre aux vœux de la nature dans ses opérations éliminatrices : nous avons toujours eu lieu de nous en applaudir. Les soldats eux-mêmes, témoins des prompts et bons résultats que nous obtenions par la méthode évacuante, venaient nous prier de les faire vomir ou de les purger, dès qu'ils éprouvaient les premières atteintes de la maladie.

Dans la seconde forme, l'épidémie se fit remarquer par un ensemble de symptômes plus graves et d'une plus longue durée. Le soir, ou bien en descendant de garde, sans symptôme précurseur aucun, nos militaires éprouvaient un frisson qui durait trois à quatre heures. Ce frisson servait de prélude au tableau pathologique suivant : peau d'une chaleur âcre, mordicante, offrant une teinte ictérique, et couverte d'une sueur abondante; pouls plein et accéléré (26, 28 à 30 pulsations au quart); tête brûlante et douloureuse, quelquefois même du délire; face animée; yeux injectés, participant de la couleur générale de la peau; pommettes rouges, avec coloration jaunâtre du pourtour des narines et des lèvres; sécheresse de ces dernières; langue saburrale, anorexie, soif inextinguible; douleurs épigastriques, précordiales et lombaires très-vives; nausées, vomissements et diarrhée, comme dans la première forme; de plus, insomnie avec grande agitation nocturne. Le matin, il y avait également un peu de rémission; mais elle n'était point longue : dans l'après-dînée, les vomissements, la diarrhée, la fièvre, reparaissaient avec la même force que la veille. Les évacuations étaient du reste vivement désirées par les malades, car elles venaient mettre fin aux nausées et à l'état d'anxiété et de plénitude qu'ils ressentaient bien péniblement à l'estomac. Nous avons même remarqué que la constipation ou des évacuations alvines rares ont plus d'une fois augmenté le mouvement fébrile, la céphalalgie, la soif, etc., et retardé visiblement la marche de l'affection vers la résolution. Au deuxième ou au troisième paroxysme, et quelquefois plus tard, une épistaxis abondante venait souvent apporter quelque soulagement à la violence de la céphalalgie. La plupart des malades ont éprouvé de fréquentes rhinor-

rhagies dans le cours de la maladie et pandant les stades de rémission. Le troisième ou le quatrième jour, les vomissements et l'insomnie cessaient ; mais la maladie n'en suivait pas moins son cours, en affectant une marche continue ou rémittente. Dans la variété continue, les symptômes fébriles étaient diminués de beaucoup : le pouls ne battait plus qu'environ 24 au quart ; mais l'on comptait encore, chaque jour, cinq à six selles liquides et jaunâtres. La céphalalgie fut le seul symptôme qui nous ait offert quelquefois du redoublement. Au bout de huit à dix jours, on voyait les selles devenir moins fréquentes et prendre plus de consistance, la fièvre diminuer, l'appétit se réveiller, et le malade entrer en convalescence. Lorsque l'affection suivait une marche rémittente, la rémission était caractérisée par la cessation de la céphalalgie, la grande diminution de la soif et des battements artériels (17 à 18 au quart), la chaleur de la peau restant la même. Les redoublements avaient lieu, parfois tous les jours, mais le plus souvent tous les deux jours. Un frisson plus ou moins long ouvrait ordinairement la scène; puis survenaient la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, la céphalalgie, suivie ou non d'épistaxis, la soif vive, etc. Les premiers accès se terminaient par des vomissements et des sueurs abondantes ; mais, par la suite, les sueurs marquaient seules la fin des paroxysmes. Nous avons remarqué que ces paroxysmes ont eu presque toujours lieu vers une ou deux heures de relevée, ou aux mêmes heures de la nuit. Comme dans la variété à marche continue, nous avons observé des selles bilieuses, même pendant le temps de la rémission.

Dans cette seconde forme de l'épidémie, qui a duré environ vingt jours, c'est-à-dire depuis le commencement jusqu'au 20 ou 22 du mois de septembre, la méthode évacuante a fait encore la base du traitement. Un ou deux grains d'émétique, administrés seuls, ou associés à une once de sulfate de magnésie ou de soude, ont toujours été suivis d'amélioration, ou au moins d'amendement notable des symptômes ; rarement nous avons été obligé d'y recourir plus d'une ou de deux fois chez le même sujet. Les purgatifs salins ont été donnés isolément dans les seuls cas où une constipation de plusieurs jours paraissait avoir aggravé l'état du malade. Pendant toute la durée de l'excitation fébrile, nous avons tenu nos malades à une diète rigoureuse et aux boissons délayantes et rafraîchissantes. Une seule saignée a été pratiquée pour une bronchite aiguë intercurrente, occasionnée par un refroidissement et le caillot ne nous a point offert de couenne. Quant aux déplétions sanguines locales, nous n'en avons fait aucun usage. Lorsque la faim commençait à se faire sentir, nous nous gardions bien d'y sa-

tisfaire de suite ; plusieurs fois nous avons vu la fièvre se ranimer lorsque nous avions cédé un peu trop tôt aux sollicitations pressantes des malades. Les préparations antipériodiques, données dans les premiers stades de rémission, n'ont point eu d'effet marqué ; les évacuants remplissaient alors bien mieux les indications fébrifuges.

La convalescence, ordinairement lente, exigeait les plus grandes précautions hygiéniques et diététiques. L'appareil gastrique semblait frappé d'asthénie, tant son action digestive était difficile et paresseuse. L'organisme entier participait de cet état de faiblesse par la langueur de toutes ses fonctions. Les sueurs nocturnes, la teinte jaune-paille de la peau, la décoloration des muqueuses, et un commencement d'anasarque, étaient alors les signes les plus fréquents de l'altération et de la débilité profondes qu'avait subies l'économie. Pour y remédier, nous avons prescrit avec succès l'usage exclusif et longtemps continué des infusions amères, des préparations de quinquina et de fer, soit en poudre, soit en teinture ; les frictions sèches et aromatiques, le vin de Bordeaux, et un régime rendu progressivement plus substantiel.

La durée moyenne de cette seconde forme de l'épidémie a été de quinze jours. La convalescence fut en général de trois semaines à un mois, lorsque des accès de fièvre intermittente quotidienne, tierce ou anomale, rebelles, ne sont point venus l'enrayer, ainsi qu'on le verra plus loin.

La physionomie qu'a affectée la troisième forme se rapproche de celle des fièvres intermittentes paludéennes, qui règnent annuellement à Nieuport : plus de continuité ni de rémittence dans les symptômes ; chaque paroxysme était séparé par un stade d'apyrexie complète, se renouvelant tous les jours, ou de jour à autre. Nous n'avons observé qu'une seule fièvre intermittente quarte. Cependant, tous ces accès portaient le cachet particulier qui caractérisait l'épidémie dans ses deux formes précédemment décrites : céphalalgie intense, mais presque toujours exempte d'épistaxis ; langue jaunâtre, vomissements et diarrhée de matières bilieuses, teinte ictérique de la peau, etc. Les accès étaient généralement rebelles, les récidives nombreuses, la convalescence très-longue, l'anasarque et la cachexie paludéenne consécutives, fréquentes, mais aussi, facilement arrêtées et combattues par l'emploi bien entendu des agents pharmaceutiques et diététiques choisis dans la classe des toniques. Chez deux fébricitants, nous avons remarqué, durant les accès, des éruptions qui se montraient et disparaissaient chaque fois avec eux : chez l'un, c'était une urticaire ; chez l'autre, un eczéma simplex, occupant les membres

supérieurs. C'est dans les dix derniers jours de septembre que cette troisième forme s'est fait remarquer, non-seulement sur un grand nombre de militaires ayant jusque-là été épargnés par l'épidémie, mais encore sur des convalescents de la deuxième forme, dont elle est venue ainsi retarder le rétablissement.

Le traitement a encore consisté, au début, dans l'administration des évacuants émétiques et éméto-cathartiques, suivis des antipériodiques, et des autres moyens thérapeutiques et diététiques énumérés plus haut. Nous avons cru devoir une seule fois déroger à notre habitude, en saignant un malade dans un long paroxysme avec réaction cérébrale violente. Cette soustraction de sang a procuré peu de soulagement et n'a exercé aucune influence atténuante sur l'accès suivant. Le caillot était recouvert d'une légère pellicule.

Notre départ de Nieuport pour Ypres, le 1er octobre, nous empêche de donner plus de détails sur cette troisième forme. Toutefois, nous pouvons ajouter que les vingt-cinq hommes restés à l'infirmerie ont tous rejoint le bataillon avant la fin du même mois. Nous avons appris, depuis, que le demi-bataillon qui nous a remplacés, n'a souffert de la fièvre intermittente que d'un manière sporadique (1).

Comme complément à la description que nous venons de donner de cette affection épidémique, nous ajouterons que, sur un nombre d'environ 240 personnes qui composaient la garnison, y compris les officiers, les sous-officiers, les soldats, les femmes et les enfants demeurant en ville, ou bien logés dans les casernes, 130 en ont été atteintes. (Un grand nombre de bourgeois en ont aussi été affectés.) Un quart environ des militaires malades ont pu être gardés à la caserne et y guérir en peu de jours. C'étaient, en général, ceux chez qui, comme nous l'avons exposé précédemment, les selles et les vomissements spontanés ou provoqués avaient été les plus fréquents et les plus copieux. Le mouvement de l'infirmerie était de 30 à 40 malades ; la moyenne des hommes exemptés journellement de service à la caserne, de 20 à 25.

Pour compléter aussi le diagnostic, nous devons faire remarquer que, chez aucun malade, nous n'avons observé de stupeur, ni d'insomnie après les premiers jours ; que la faiblesse, quoique souvent assez grande, a toujours permis aux malades de se lever pour satisfaire à leurs besoins naturels ; que la langue et les dents n'ont jamais été ni sèches ni recouvertes de fuliginosités ; qu'aucun désordre pathologique ne s'est manifesté du côté des organes

(1) En effet, les rapports de M. Gregoir, qui a repris le service de M. Pontus, constatent que l'épidémie a cessé brusquement et complétement au mois d'octobre. (*Réd.*)

intra-thoraciques, et qu'il n'y a point eu de douleur dans l'hypochondre droit ou l'épaule correspondante. En outre, le ventre a toujours été souple et indolore à partir du troisième au quatrième jour. Nous n'avons jamais vu la moindre tache lenticulaire, et aucun gargouillement ne s'est fait sentir dans la fosse iliaque droite. Nous avons insisté sur certains points de diagnostic, parce que, dans la forme continue, l'épidémie a pris quelques traits de la fièvre typhoïde.

La mort n'étant venue nous enlever aucun malade, nous ne pouvons tracer les caractères anatomiques que nous aurions rencontrés à la suite de cette affection, qui s'est parfois montrée avec un cortége de symptômes assez inquiétants.

Nous ne terminerons point cette relation sans parler des casernes de Nieuport. Situées à l'ouest de la ville, sur un terrain humide, n'ayant qu'un rez-de-chaussée assez bas et peu éclairé, à cause de la grande épaisseur de leurs murs, ces bâtiments constitueraient un logement très-insalubre pour la troupe, si ces inconvénients n'étaient en grande partie rachetés par de nombreux avantages, tels que leur isolement complet, leur adossement aux remparts, qui leur servent d'abri contre les vents chargés des miasmes et des effluves qui se dégagent du port et des larges fossés environnant la ville de ce côté, et contre les vicissitudes atmosphériques brusques et variées provenant de la mer; l'exposition de leur grande façade à l'est, leur élévation à un pied ou un pied et demi au-dessus du sol, un plancher au lieu d'un carrelage, et l'aération suffisante des chambrées, enfin un espacement convenable des lits, sont encore des conditions hygiéniques qui compensent les désavantages de leur construction.

Dès le moment où les grandes chaleurs se sont fait sentir, toutes les instructions prescrites alors par l'hygiène furent l'objet de notre attention particulière. De plus, les eaux des nombreux fossés qui entourent la place furent, à notre demande, plus fréquemment renouvelées, afin d'éviter leur stagnation.

Lorsque l'épidémie se déclara dans la garnison, nous crûmes devoir recommander aux autorités militaires l'adoption des nouvelles mesures suivantes :

1° Le service fut réglé de manière que chaque homme eut toujours au moins trois nuits de repos.

2° Un peu de feu fut accordé, pendant la nuit, aux corps de garde (à Nieuport, les factionnaires portent la nuit les capotes de guérite, en été comme en hiver).

3° Le réveil fut retardé et l'appel du soir avancé d'une heure,

les matinées et les soirées étant souvent très-fraîches, froides même, et accompagnées de brouillards épais.

4° Les exercices eurent lieu un peu plus longtemps après les repas : on en abrégea la durée d'un tiers, et quelquefois de moitié ; cependant, au plus fort de l'épidémie, nous n'avons même point cru devoir en demander la suppression complète. On les varia davantage ; on les remplaça quelquefois par des promenades militaires sans sac, dans le but de distraire le soldat en l'occupant, et de l'empêcher ainsi de se livrer au découragement et à la panique ordinaires dans des temps d'épidémie. Les hommes descendant de garde furent seuls exempts des exercices de l'après-dînée.

5° La nourriture habituelle du soldat reçut aussi quelques modifications. Les pommes de terre ne constituèrent plus l'aliment exclusif du repas du soir, elles alternèrent avec le riz et les carottes. Il fut strictement défendu de manger des fruits et de boire de l'eau fraîche en rentrant des exercices, ou lorsque le corps était en sueur. Une tonne, contenant de l'eau légèrement vinaigrée, fut mise à la disposition de la troupe à certaines heures de la journée.

Après la description que nous venons de faire de la maladie qui a frappé, pendant environ deux mois, la garnison de Nieuport, deux questions se présentent à l'esprit : Quelle est la nature, quel a été le siége de cette affection ? Nous ne nous dissimulons nullement la difficulté attachée à la solution de ces deux questions importantes : nous savons quelle circonspection des praticiens recommandables et fort expérimentés ont souvent apportée lorsqu'ils ont eu à se prononcer sur le génie des maladies qu'ils avaient observées ; loin de nous donc la prétention de vouloir les trancher. Cependant, l'examen attentif et raisonné de la constitution atmosphérique (chaleur et humidité) qui a précédé et accompagné l'épidémie, la position topographique de la ville, exposée aux émanations marécageuses (1) et située à une demi-lieue de la mer du Nord ; la généralité des symptômes, la marche, la durée de la maladie, et les résultats du traitement, ne permettent point de douter que la bile n'y ait joué un très-grand rôle et que son action morbifique ne se soit exercée sur l'organisme entier. Nous dirons plus : sans vouloir faire intervenir les dépravations et les

(1) Ce ne sont pas, à proprement parler, des marécages qui entourent Nieuport ; mais il y a de nombreuses sources d'émanations délétères qui ont un résultat semblable à l'air des marais. Ainsi, le chénal du port, qui, à chaque marée basse, laisse à nu une très-grande superficie de vase infecte, la proximité d'une vaste crique, et les larges fossés qui de tous côtés entourent la ville, et qui ne contribuent pas peu à la production de ces effluves, expliquent suffisamment la présence de l'élément paludeux.

altérations plus ou moins hypothétiques que l'humorisme ancien attribuait à la bile dans la production des maladies, nous pensons que l'irritation des voies digestives, qui a distingué particulièrement la forme continue et intermittente de l'épidémie, n'a point été primitive, mais bien plutôt le résultat de l'afflux considérable du fluide biliaire dans leur cavité, et que la réaction fébrile et certaines épistaxis fréquemment remarquées, hors même des temps de paroxysmes, peuvent, tout aussi bien que la couleur jaunâtre de la peau, être attribuées à l'altération du sang, suite de son mélange avec la bile sécrétée en excès. D'un autre côté, l'absence de douleur à la pression de l'hypochondre droit et à l'épaule correspondante, milite positivement en faveur de la non-existence d'une inflammation hépatique. Quant à la congestion cérébrale, au délire et aux épistaxis, nous pensons que ce sont autant de phénomènes morbides dus à la violence de l'excitation fébrile elle-même. Nous ajouterons, comme éclaircissement de la question des fièvres intermittentes, qu'il y avait absence de congestion ou d'engorgement permanent de la rate.

Pour terminer nos réflexions, nous rappellerons que plus l'ensemble de la physionomie bilieuse a été marqué, plus aussi les symptômes locaux et généraux ont été graves; que ces derniers ont toujours été en rapport inverse de l'abondance ainsi que de la fréquence des vomissements et des selles, et que, dans la première forme surtout de l'épidémie, la maladie a souvent été jugée d'une manière irrécusable après ces évacuations, soit naturelles, soit provoquées par l'art; tandis que la constipation ou la rareté de ces évacuations semblaient éloigner indéfiniment la cessation de la chaleur fébrile et de la teinte ictérique de la peau, signes auxquels nous avons toujours reconnu la fin certaine des accidents pathologiques.

De tout ce que nous avons dit et exposé dans le cours de ce mémoire, nous croyons pouvoir déduire les propositions suivantes:

1° L'affection qui a régné épidémiquement à Nieuport, pendant les mois d'août et de septembre derniers, peut être considérée comme une forme variée, mais moins grave, de la fièvre bilieuse continue, rémittente et intermittente, que l'on observe fréquemment dans les contrées intertropicales et le long du littoral de l'Espagne et de l'Italie, sous l'influence d'une température chaude et humide.

2° L'irritation gastro-intestinale, les symptômes cérébraux, et les autres manifestations pathologiques, ne doivent être regardés que comme l'expression de la fièvre bilieuse, que nous avons ob-

servée, et nullement comme dépendant d'une phlegmasie primitive de ces organes.

3° Cette fièvre bilieuse peut donc être classée, pensons-nous, parmi les pyrexies ou fièvres essentielles, par la cause épidémique spéciale qui l'a produite et par l'ensemble et le caractère de généralité des phénomènes qu'elle a provoqués, et qui lui ont donné un cachet incontestable d'individualité morbide.

(*Arhives de médecine militaire*, mars 1848.)

OBSERVATION D'UN CAS DE FRACTURE COMMUNITIVE DES OS DE LA JAMBE. — APPLICATION IMMÉDIATE DE L'APPAREIL AMIDONNÉ. GUÉRISON COMPLÈTE ET SANS DIFFORMITÉS EN 60 JOURS.

Par le docteur DE JUMNÉ.

Le 11 septembre 1847, Jean M...., fermier, âgé de 40 ans, d'une constitution détériorée par abus de boissons alcooliques, retournait chez lui, conduisant un lourd chariot, chargé de tourbe. Pendant que momentanément descendu de son chariot, M... ouvrait une barrière située sur le chemin de sa ferme, les chevaux effrayés s'emportent et renversent leur conducteur; les roues du chariot lui passent sur la jambe gauche, qui se trouve littéralement broyée. On vint m'appeler à Ostende et je me rendis aussitôt sur les lieux.

Je trouvai le blessé tout habillé, couché à terre sur un matelas, les membres inférieurs nageant dans une mare de sang. Il me fut facile de diagnostiquer la fracture à travers les vêtements, et à la seule inspection du membre gauche, tant le changement de direction imprimé aux fragments avait rendu le membre difforme. Après avoir soigneusement mis à nu la jambe, je constatai *une fracture avec écrasement* occupant les deux tiers du membre; toutes les parties molles étaient irrégulièrement et profondément déchirées et contuses, les deux os broyés, un foule d'esquilles enfoncées dans les chairs, et l'artère tibiale antérieure rompue.

Mon premier soin fut d'arrêter l'hémorrhagie par la ligature du vaisseau déchiré. Je procédai ensuite au débridement de la plaie et à l'extraction d'une dixaine d'esquilles presqu'entièrement détachées, abandonnant toutes les autres en grand nombre aux efforts conservateurs de la nature, dans l'espoir de les voir s'identifier avec la masse du cal. Une fois la plaie débridée et simplifiée, j'obtins sans peine la réduction de la fracture, et après avoir rapproché les chairs à l'aide de bandelettes agglutinatives, je me décidai à appliquer immédiatement l'appareil amidonné comme pour un cas de fracture simple.

Une saignée modérée et une potion calmante complétaient l'indication.

Le 12 septembre.— État général satisfaisant; douleur modérée, le malade se plaint d'une vive chaleur dans la jambe. Nouvelle saignée.

Le 13 septembre.— La nuit a été assez bonne : la douleur est tolérable, la chaleur et la tension moindres. Je laissai l'appareil intact.

Le 14 septembre.— Section de l'appareil ; le membre est parfaitement droit,

la plaie se présente sous l'aspect le plus favorable, les parties molles sont modérément gonflées, la phlogose presque nulle. L'appareil est fermé par une bande roulée. Le malade observe fidèlement le régime que je lui prescris.

Le 16 septembre. — Le malade a quitté le lit : il se tient dans un fauteuil, la jambe étendue sur une chaise ; son état continue à être très-satisfaisant.

Le 18 septembre. — Il accuse quelques élancements vers la partie moyenne de la jambe, de la chaleur et un malaise particulier. J'examine de nouveau le membre; le centre de la plaie est légèrement blafard, la compression détermine l'écoulement d'environ trois onces de pus sanguinolent. Pansement avec la charpie sèche; une fenêtre est pratiquée dans l'appareil à l'endroit de la suppuration.

Le 20 septembre. — Examen de la plaie par la fenêtre. Suppuration moindre; la plaie a un bon aspect, même pansement.

Jusqu'au 16 novembre la suppuration continue sans être inquiétante; l'appareil n'est pas renouvelé.

Le 18 novembre. — Extraction d'une esquille assez considérable; depuis, la suppuration va diminuant journellement.

Du 1er au 5 novembre avec :

R. Teinture de Myrrhe,
Eau distillée. P. E.

Le 11 novembre. — Levée de l'appareil. — La consolidation est complète, sans raccourcissement, le membre offre sa rectitude normale et ne présente au doigt explorateur que les légères inégalités d'un cal si heureusement obtenu.

DE L'EMPLOI DE LA GUTTA PERCHA DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES;

Par E. Henrotay, médecin de bataillon de 1re classe.

Une substance, d'importation récente en Europe (1), *la gutta percha*, a reçu dans ces derniers temps différentes applications à la thérapeutique chirurgicale (2), et principalement au traitement des fractures.

(1) C'est dans l'automne de 1843 qu'elle a été soumise pour la première fois à l'examen de la Société des arts de Londres. (*Revue britannique;* septembre 1847.)

(2) D'après les renseignements communiqués par M. Gustave Koepl, chirurgien du roi, on s'en est servi dans les hôpitaux de Vienne, non-seulement pour le traitement des fractures, mais aussi en vue d'autres indications, notamment pour la confection des sondes, des bougies, des pessaires et autres instruments de chirurgie.

M. le docteur Van Hoeter s'est aussi servi de cette substance pour maintenir la rectitude des parties après des opérations de ténotomie. (*Archives de la Médecine belge*, décembre 1847.)

La gutta percha se dissout dans le sulfure de carbonne. M. A. Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital St.-Jean, a employé cette solution dans les cas où le contact de l'air est à redouter, lorsqu'il peut communiquer soit avec des

Cette matière provient d'un arbre appelé *niato* par les indigènes de Sarawan (1); on le rencontre surtout aux environs de Singapore. La gutta percha s'obtient en abattant un de ces arbres qu'on dépouille de son écorce et dont on recueille le suc lactescent qui suinte des surfaces lacérées. Par son exposition à l'air, ce suc se coagule et se durcit.

Pour l'usage de la chirurgie, la gutta percha est préparée sous forme de larges plaques d'une surface lisse, d'une épaisseur uniforme, semblable à celle du cuir que l'on emploie pour les semelles des chaussures, à la température ordinaire, elle offre une résistance à la flexion un peu supérieure à celle de ce cuir; elle se laisse rayer par l'ongle et on parvient assez facilement à la couper au moyen d'un instrument tranchant. Plongée durant quelques instants dans l'eau chauffée à une température de 50 à 60° R., elle devient flexible et se laisse étendre; elle prend la forme qu'on lui donne et la conserve après le refroidissement. A l'état de ramollissement, on peut par la pression faire adhérer plusieurs morceaux de gutta, qui se collent comme des fragments d'un bâton de cire à cacheter (2).

La gutta percha a déjà été employée un grand nombre de fois dans le traitement des fractures, par Lyell en Angleterre, Lorinser en Allemagne, et par plusieurs chirurgiens de notre pays : MM. les professeurs Seutin, Delavacherie, et plus particulièrement André Uytterhoeven, à l'hôpital St-Jean de Bruxelles. Il n'est pas possible de donner une description générale de ce bandage qui se modifie d'après les indications qu'on cherche à remplir. Pour se former une idée de la manière de l'appliquer, supposons que l'on ait à traiter une fracture des deux os de la jambe : on taillera une pièce de gutta d'une longueur telle que, partant de la partie supérieure et postérieure du membre, elle s'étende jusque vers le milieu de la plante du pied en se réfléchissant sur le talon. La largeur en sera déterminée par le volume de la jambe, dont elle devra recouvrir les deux tiers ou les trois quarts postérieurs, en ne laissant libre que la face antérieure correspondant à la crête du tibia. La plaque ainsi taillée représentera un parallélogramme rectangle

plaies soit avec des cavités naturelles ou accidentelles. (*Le Nouvelliste Médical belge*, 20 février 1848.)

(1) Le cahier de février 1848 du *Journal de Pharmacie*, publié par la Société de pharmacie d'Anvers, reproduit d'après un article de Sir William Jackson Hooker, inséré dans le *Pharmaceutical journal and Transactions*, les caractères botaniques de l'arbre qui produit la gutta percha. Une planche annexée à ce travail représente les diverses parties de ce végétal.

(2) M. Soubeiran, dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, janvier 1847, p. 17, décrit longuement les caractères physiques et chimiques de la gutta percha.

d'environ deux pieds de longueur sur deux tiers à trois quarts de pied de largeur, pour un adulte de taille moyenne ; on plonge cette plaque dans un bassin d'eau chaude jusqu'à ce qu'elle soit convenablement ramollie; puis elle est appliquée sur la partie postérieure du membre, la fracture étant préalablement réduite. Une bande roulée en toile, trempée dans de l'eau froide, est placée par-dessus la gutta, dans le but de mouler celle-ci sur le membre et de la durcir plus rapidement. — Au bout de quelques minutes, cette bande est enlevée et la gouttière a acquis toute la solidité dont elle est susceptible.

Des lanières de gutta, de la largeur de deux travers de doigt, en nombre variable suivant les besoins, sont appliquées autour de la jambe, comme les liens d'un appareil à fracture ordinaire. Avant de placer ces liens, on recouvre d'un peu de coton cardé les parties de la crête du tibia et du cou-de-pied au-dessus desquelles la gutta doit passer. L'ouate peut être enlevée par la suite, ce qui donne lieu à la formation de petits ponts, et fait éviter toute compression sur ces endroits que les dispositions anatomiques prédisposent singulièrement aux eschares.

Après cette description succincte, chercherons-nous à apprécier les services que la gutta percha est appelée à rendre à la thérapeutique des fractures ?

Reconnaissons tout d'abord qu'il est impossible de porter un jugement définitif sur un mode de déligation qui n'a pas encore reçu tous les perfectionnements dont il est susceptible ; et cependant la presse périodique, sentinelle avancée de la littérature médicale, ne peut laisser passer inaperçue une innovation de cette nature, sans examiner à l'avance les avantages que l'on peut en retirer. Envisageant surtout la question au point de vue de la chirurgie militaire, nous comparerons l'emploi de la gutta à la méthode amovo-inamovible de M. le docteur Seutin, parce que cette dernière est à peu près généralement admise par les médecins de notre armée.

Nous commencerons par déclarer que nous sommes loin d'être exclusif, et que des cas exceptionnels peuvent réclamer aussi des moyens d'exception ; mais il n'en est pas moins vrai que les cas de fractures ne présentent pas entre eux des différences telles que l'on ne puisse faire choix d'une méthode générale, surtout lorsque cette méthode se prête facilement aux modifications que les faits particuliers réclament.

Cela posé, voyons quels sont les avantages que présente la gutta percha.

La gouttière en gutta, solide au bout de peu de minutes,

semble, sous ce point de vue, l'emporter sur l'appareil amidonné qui exige au moins un jour avant d'être parfaitement sec. Aussi longtemps qu'un bandage n'a pas acquis toute la solidité désirable, on ne peut déplacer le blessé qu'avec de grandes précautions; par conséquent aussi la déambulation est impossible. C'est sans doute un avantage immense de ne pas être forcé de faire garder le lit à un fracturé pendant plusieurs semaines, plusieurs mois; mais il n'en est plus de même d'un repos d'un ou deux jours, et la faculté de faire marcher le blessé quelques heures plus tôt ou plus tard ne paraît pas, au moins dans un grand nombre de cas, un avantage tel qu'on doive lui sacrifier toute autre considération. D'ailleurs, la déambulation n'a pas encore été essayée, à notre connaissance du moins, chez les blessés traités par la gutta, et l'on est en droit de présumer à l'avance qu'elle ne serait pas sans danger: la partie antérieure du membre n'étant pas comprise dans l'appareil, le jeu des muscles dérangerait d'autant plus facilement les rapports des fragments, que la contention n'est pas circulaire. Il est du reste possible, au moyen du bandage amidonné, de faire marcher les fracturés immédiatement après son application, ainsi que nous en avons été témoin chez un chasseur-carabinier de notre régiment, ayant une fracture des deux os de la jambe droite, et que nous avons vu se promener dans la salle des blessés une demi-heure après son entrée à l'hôpital. M. Seutin avait recouvert le pansement de cartons secs, maintenus par une bande roulée.

Il est un autre point de vue sous lequel la prompte solidification de l'appareil doit être examinée. Dans les cas où une grande force d'extension est nécessaire, la gutta peut-elle en dispenser? Sous ce rapport, nous croyons prudent d'attendre que les faits aient prononcé; cependant, nous sommes assez disposé à croire que, dans certaines limites au moins, des plaques solides en gutta peuvent rendre inutiles les moyens d'extension et de contre-extension; toutefois, il faut pour cela que la compression soit assez forte, et comme elle ne s'exerce pas d'une manière méthodique sur toute l'étendue du membre, il est rationnel de penser que, dans un grand nombre de cas, elle serait loin d'être sans danger, et que les avantages seraient dès lors plus que compensés par les inconvénients.

L'emploi de la gutta rend possible l'inspection de l'état de la partie, en laissant libre la face antérieure du membre. De plus, la facilité avec laquelle cette substance se prête aux nombreuses modifications, réclamées par les différents cas, permet de ne pas recouvrir les parties que l'on a intérêt à surveiller, ou sur lesquelles l'application de topiques serait jugée convenable. On pour-

rait aussi, ce qui à notre connaissance du moins n'a pas encore été fait, pratiquer des ouvertures de formes variables aux plaques de gutta, dans le même but, ou bien encore pour donner au pus une libre issue.

Mais ce bandage ne doit la propriété dont il jouit, de permettre la surveillance de l'état du membre, qu'à ce que la contention ne s'exerce que dans une étendue limitée. Il n'en est pas de même de l'appareil amidonné, qui possède également le même avantage sans en offrir les inconvénients. Par la coque en gutta, la compression ne s'exerçant pas sur toute la circonférence du membre, les fragments osseux sont moins exactement maintenus en rapport que par celle de M. Seutin. Il est vrai que l'on pourrait envelopper toute la jambe de gutta; mais dans ce cas l'on renoncerait à la faculté de surveiller l'état des parties pendant toute la durée du traitement. Les ouvertures que l'on pratiquerait, dans le but de remplir certaines indications spéciales, auraient également pour effet de diminuer la contention des fragments et la solidité de l'appareil, en raison de leur nombre et de leur étendue.

Le moule amidonné, après avoir été incisé, permet également de surveiller l'état du membre; on peut y pratiquer des ouvertures, et cela sans que la contention des os en souffre aucunement, sans que la compression cesse d'être circulaire, sans que l'appareil perde rien en solidité. En effet, après chaque pansement, des plaques de carton recouvrent les ouvertures que l'on a cru devoir ménager, les valves sont rapprochées et de nouveau réunies au moyen d'une nouvelle bande amidonnée rendant au bandage toute sa solidité première.

En appliquant un appareil à fracture, on doit toujours s'attendre à le voir devenir trop large ou trop étroit, d'après les changements qui s'opèrent dans l'état du membre. La contention amidonnée s'accommode bien à ces variations de volume des parties; on la relâche, on la resserre suivant les besoins. Il n'en est pas de même de la gouttière en gutta, soit que, devenue trop large, elle ne contienne plus les fragments osseux en rapport exact, soit que, trop étroite, elle provoque de la douleur ou de l'étranglement; il n'y a qu'une seule ressource : celle de l'enlever et de la remplacer.

Un avantage que l'on attribue encore à la gutta, c'est la promptitude de son application : en quelques minutes l'appareil est placé; nous ajouterons même qu'il est impossible qu'il en soit autrement, parce que cette substance ne conservant pas longtemps la flexibilité que l'eau chaude lui a communiquée, il est indispensable de se presser, pour qu'elle se moule un peu exactement sur le membre. En augmentant le degré de chaleur de l'eau, la gutta mettrait plus

de temps à se durcir, mais il en résulterait des inconvénients : d'abord le chirurgien se brûlerait les doigts ; il brûlerait également les téguments sur lesquels la substance serait appliquée, et les poils adhérant fortement à la gomme, cette dernière ne pourrait être enlevée par la suite, sans faire éprouver au blessé de vives douleurs.

Dans l'application du bandage amidonné, on n'est pas forcé de se hâter ; on a tout le temps de faire bien ; au moyen d'un ruban placé entre le membre et l'appareil, on s'assure que la compression n'est pas trop forte; on peut combler tous les creux, toutes les dépressions de la partie par du coton cardé ; protéger les saillies osseuses, exercer une compression méthodique, la graduer suivant les circonstances: en un mot, on a le temps de ne négliger aucune particularité capable de prévenir ou de combattre les accidents de nature à enrayer le travail de consolidation. Tous ceux qui connaissent les perfectionnements que M. Seutin a fait subir à sa méthode de traitement des ruptures osseuses, et qui ont vu faire par ce chirurgien l'application de son bandage, seront unanimes pour déclarer que les soins qu'il apporte jusque dans les plus petits détails, et qu'il ne cesse de recommander, contribuent puissamment aux succès qu'il en obtient et assurent à sa méthode un degré de perfectionnement auquel il est difficile de supposer qu'un autre mode de traitement puisse atteindre.

Faire vite n'est pas toujours le moyen de faire bien; d'ailleurs, si le bandage amidonné exige plus de temps pour être appliqué que la gutta, il est à considérer que, comme cette dernière, il ne doit pas être entièrement renouvelé, lorsque le membre éprouve dans son volume quelques changements.

On attribue encore à la gutta l'avantage d'être incorruptible sous l'action d'un pus de mauvaise nature. Lorsqu'on enlève une gouttière de cette substance, appliquée depuis quelques jours sur un membre, il s'en exhale une odeur extrêmement fétide, que les doigts qui ont touché la face interne de la coque conservent pendant une journée entière. Cette odeur provient de ce que la gutta développe sur la partie qu'elle recouvre une transpiration qui se concrète comme le caséum. C'est là un inconvénient capital de ce bandage, qui suffirait, à lui seul, pour en nécessiter plusieurs fois le renouvellement pendant le travail de consolidation ; car il est rationnel de supposer que l'accumulation de ce coagulum infect ne serait pas sans danger pour les tissus avec lesquels il serait en contact. On peut conjecturer de là ce qui devrait se passer dans les cas de séjour prolongé d'un pus de mauvaise nature sur une partie dénudée. Lorsqu'on enlève par contre la coque d'un ban-

dage amidonné, on trouve que sa face interne n'a pas contracté de mauvaise odeur un peu prononcée ; elle est molle, douce, non irritante pour les tissus qu'elle touche ; la transpiration pénètre les premiers linges sans subir de décomposition, le pus s'y imprègne facilement, on trouve une issue par les ouvertures qu'on a eu le soin de ménager à cet effet. Ainsi donc, loin d'être une qualité, l'imperméabilité de la gutta constitue à nos yeux, dans le traitement des fractures, un grave défaut.

L'appareil en gutta exerce parfois une compression douloureuse, et principalement aux endroits où des couches de cette substance se trouvent superposées. Voici surtout dans quelle circonstance ce fait se présente : pour prendre le bandage solide, on fait adhérer les extrémités terminales des lanières formant le tour du membre, en exerçant sur elles une pression comme pour cacheter une lettre. Ces liens doivent également être unis à la pièce principale, afin de rester en place. Il résulte de là que les endroits de la gouttière, sur lesquels une pression un peu forte est exercée, se laissent légèrement déprimer à la face externe, pour former à l'intérieur de la coque une saillie qui comprime douloureusement la partie correspondante du membre. Le même fait a lieu lorsque les deux bords d'une plaque de gutta se recouvrent en certains points (1).

Dans l'emploi du bandage en gutta, on ne recouvre pas toujours toutes les parties situées au-dessous de la lésion : c'est ainsi que, dans la fracture du bras, on peut laisser parfaitement libres l'avant-bras et la main. Ce n'est pas selon nous un avantage; c'est plutôt un défaut, car l'engorgement que ce genre de compression entraîne nécessairement à sa suite aurait, dans un grand nombre de circonstances, les plus fâcheux résultats.

L'appareil en gutta ne se compose que d'une seule substance; mais, à elle seule, elle est plus difficile à se procurer que toutes celles qui sont nécessaires pour la confection d'un bandage amidonné : des cartons, du linge, de l'amidon se rencontrent partout tandis que la gutta réclame encore de l'eau chaude et un bassin d'une forme convenable pour que la plaque ne s'accole pas à elle-même en se repliant. C'est la nécessité d'avoir de l'eau chaude qui serait un obstacle pour son emploi dans la chirurgie des champs de bataille.

(1) Lorsque l'on veut faire contracter des adhérences partielles entre des parties d'un bandage en gutta déjà appliqué, après avoir placé dans les environs qui doivent être respectés des compresses mouillées, on met le feu à une mèche de charpie trempée dans l'alcool, et on l'approche des bords qu'on cherche à unir : lorsqu'ils sont suffisamment ramollis par la chaleur, une pression les fait assez facilement adhérer.

Lorsqu'on a fait usage de l'appareil amidonné, on peut permettre, vers la fin du traitement, le jeu des articulations, dans le but d'éviter l'ankylose que pourrait amener une trop longue privation des mouvements. On n'obtiendrait le même effet de la gutta qu'en enlevant complétement la gouttière, pour la remplacer par une autre qui laisserait libres les articulations que l'on voudrait faire mouvoir.

Au point de vue économique, on est porté à supposer que la gutta présente des avantages en servant indéfiniment; mais il ne serait pas difficile de prouver que son emploi coûterait en définitive très-cher. Elle se vend actuellement à raison de 12 fr. 50 cent. le kilo: l'on conçoit que, pour en approvisionner nos hôpitaux et ambulances, il faudrait déjà une assez forte somme, tandis que le bandage amidonné ne coûte presque rien : de très-vieux linge, des bandes en toile grossière, et, à cet usage près, bonnes tout au plus à faire du papier gris, servent à le confectionner.

Ce qui augmenterait cette dépense, c'est qu'après avoir été appliquée deux ou trois fois (et chaqne cas de fracture nécessite plusieurs applications), la gutta devrait subir une préparation pour être de nouveau réduite en larges feuilles. Servirait-elle d'ailleurs indéfiniment? C'est ce qu'on ne peut assurer jusqu'ici, mais cela n'est pas probable.

Ce n'est pas que la question d'économie doive entrer en ligne de compte quand il s'agit d'une innovation que rien ne remplace; mais lorsque des objections pratiques viennent se joindre à l'argument de l'économie, celle-ci ne doit pas être passée sous silence.

Nous ne pousserons pas plus loin ce parallèle; nous croyons en avoir dit assez pour prouver que la méthode amovo-inamovible du médecin en chef de notre armée présente, en général, sur l'emploi de la gutta, des avantages incontestables, et nous croyons que, si cette dernière est destinée à rencontrer des cas d'application, ce ne sera que dans des circonstances extrêmement rares et tout à fait exceptionnelles.

(*Archives de la médecine militaire*, mars 1848.)

RAPPORTS SEMESTRIELS DES HÔPITAUX ET INFIRMERIES.

2me SEMESTRE DE 1847.

Nous avons vu, dans le résumé des rapports du 1er semestre de 1847, que, vers la fin de juin, il ne régnait aucune épidémie dans l'armée; les quelques fièvres intermittentes légères qui se rencon-

traient encore dans certaines garnisons, entre autres à *Louvain* et à *Tournay*, ne méritaient plus ce nom.

Pendant les six mois suivants, les seules maladies qui aient sévi épidémiquement dans plusieurs villes à la fois, sont les fièvres intermittentes et rémittentes. La dothinentérite a été également plus commune à *Anvers*, *Bruxelles*, *Bouillon* et *Bruges*, mais en général ses caractères n'ont pas été aussi graves que dans les véritables épidémies, et le chiffre des hommes atteints n'a pas été non plus très-élevé. Les fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole, etc.) n'ont été nombreuses qu'à *Bruxelles*; les ophthalmies n'ont présenté aucune recrudescence forte; toutefois, dans les garnisons d'*Arlon*, de *Liége*, d'*Anvers* et de *Tournay*, elles se sont présentées en assez grand nombre. Quant à la grippe, elle n'est arrivée que vers la mi-décembre; son histoire appartient donc au 1er semestre de 1848.

La succession, pendant ces six mois, des constitutions morbides, eu égard aux phénomènes météorologiques, a été la suivante: dans la première quinzaine de juillet, il survint encore, dans beaucoup de villes, un nombre assez considérable de bronchites, quelques pneumonies et pleurésies; jusqu'alors le temps avait été froid et humide, pour la saison; mais le 11 juillet, les fortes chaleurs commencèrent, et bientôt après de nombreuses affections du canal alimentaire (embarras gastriques, colites, diarrhées, quelques dyssenteries) se firent remarquer dans la plupart des garnisons. Une quinzaine de jours plus tard, dans les quatre villes que nous avons indiquées plus haut, un grand nombre d'ophthalmies catarrhales légères, quelques ophthalmies purulentes, des kératites et autres maladies oculaires graves, furent reçues dans les hôpitaux. Dans certaines localités, les maladies du tube digestif se renouvelèrent pendant tout le temps des chaleurs de juillet et d'août: ce fut presque exclusivement dans les garnisons de la partie méridionale du pays, là où les fièvres intermittentes ne se montrèrent pas; tandis que, dans les autres, ces affections du tube digestif furent remplacées par les fièvres intermittentes qui prirent dans certaines localités un caractère paludéen et pernicieux très-manifeste. Celles-ci se développèrent surtout en août, un mois après l'arrivée des grandes chaleurs; il y eut cependant quelques garnisons, comme Beverloo et Nieuport, où elles éclatèrent immédiatement après le changement de temps qui survint en juillet. Elles prirent plus d'intensité en septembre, diminuèrent en octobre, cessèrent même dans quelques villes à cette époque, et perdirent enfin leur caractère épidémique en novembre.

L'élément intermittent, pendant cette époque, se rencontra

souvent dans les affections inflammatoires, ainsi que dans les fièvres typhoïdes; nous avons cité entre autres quelques cas où ce caractère était des plus évidents. Plusieurs rapports insistent sur ce point; nous y reviendrons plus bas.

Nous devons ajouter que cette épidémie ne se fit nullement ressentir dans la moitié des garnisons (dans 15 ou 16), de manière que, pendant les mois de septembre, octobre et novembre, l'état sanitaire de ces villes fut vraiment exceptionnel : le nombre des malades fut très-peu considérable.

Chose singulière, cette épidémie s'était déclarée presque partout durant les grandes chaleurs du mois d'août, et lors du changement complet de la température en septembre, qui fut un mois froid et humide, le mal n'en continua pas moins à sévir, et prit même plus d'extension et de gravité.

Ce fut aussi vers la fin d'août que la fièvre typhoïde se développa dans quatre ou cinq garnisons; toutefois, les cas les plus nombreux et les plus graves ne se déclarèrent que lorsque les affections intermittentes étaient sur leur déclin, c'est-à-dire en octobre et en novembre. A Anvers, ces deux genres de maladies régnèrent concurremment, de même qu'à Bruges, tandis qu'à Bouillon et à Bruxelles elles furent les affections dominantes. Dans cette dernière garnison, la fièvre typhoïde sévissait en même temps que les maladies exanthémateuses : ce fut dans le dernier trimestre de l'année que les varioles, les scarlatines et les rougeoles s'y montrèrent, mais elles n'eurent aucune gravité. Nulle part ailleurs le nombre en fut plus grand que d'ordinaire.

Enfin, vers la mi-décembre se déclara la grippe qui devint plus commune dans les grandes villes, mais dont néanmoins fort peu de petites garnisons furent tout à fait exemptes.

Nous passerons en revue celles de ces maladies qui ont offert des particularités intéressantes.

Fièvres intermittentes et rémittentes. — *Anvers*, *Ostende*, *Nieuport* et *Bruges*, sont les quatre garnisons où l'épidémie a présenté le plus de gravité. Remarquons que trois de ces villes sont situées sur les bords de la mer ou à peu de distance (1), et que la quatrième, sans en être bien éloignée, est sise sur les rives d'un grand fleuve et à proximité de terrains marécageux fort étendus. Anvers et Bruges d'ailleurs ressentent évidemment l'influence de la proximité du littoral : les nuits y sont en général froides et humides, même au cœur de l'été, et la brise des hautes marées y est assez sensible. A *Beverloo*, *Louvain*, *Tournay*, *Termonde*, *Ypres*, *Ma-*

(1) C'est une remarque que nous avons déjà faite pour les fièvres intermittentes du semestre dernier. (*Voir* p. 105.)

lines, *Ath* et *Namur*, ces fièvres furent plus communes que dans les années ordinaires; mais elles s'y montrèrent sans gravité. L'ordre que nous avons suivi, dans le classement de ces villes, indique le degré d'importance que les fièvres intermittentes y ont acquis. Les rapports de trois d'entre elles, de Beverloo, d'Ath et de Namur, constatent positivement que l'affection y a été introduite par les bataillons qui sont venus d'autres garnisons où régnait l'épidémie. Toutes les villes militaires restantes, au nombre de 15, et auxquelles nous pouvons joindre Namur, Ath et Beverloo, appartiennent aux provinces de Luxembourg, Limbourg, Hainaut, Liége et Namur, c'est-à-dire à toute la partie méridionale et orientale du pays, celle qui est la plus éloignée de la mer.

L'histoire de l'épidémie d'*Anvers* et de celle de *Nieuport* nous est connue : la première a été décrite par M. Gouzée, la deuxième par M. Pontus.

Les rapports de M. Lefebvre renferment les particularités suivantes sur celle d'*Ostende :*

« En juillet, le changement brusque de temps, des journées étouffantes et des nuits froides, l'emplacement de la caserne au milieu de terrains marécageux et de fossés bourbeux, la mauvaise qualité de l'eau dont la troupe fait usage : toutes ces circonstances réunies ont amené de nombreuses maladies occasionnées par infection miasmatique. C'étaient pour la plupart des fièvres intermittentes du type quotidien ou tierce; souvent elles affectaient une marche anormale dans la succession de leurs stades. L'embarras des premières voies, dont elles furent presque constamment accompagnées, fut combattu avec succès par les éméto-cathartiques (1 once de sulfate de magnésie, 5 grains de tartre stibié, 12 grains d'acide tartrique, dans quelques onces d'eau). La fièvre, quand elle ne cessait pas après l'emploi de ce moyen, devenait dès lors simple, mieux caractérisée, et cédait facilement au sulfate de quinine.

« En même temps survinrent de nombreux cas de cholérine ; mais ces dérangements gastro-intestinaux n'eurent aucune gravité et furent rapidement vaincus par des boissons mucilagineuses et laudanisées (1).

« Au mois d'août, l'accroissement des fièvres intermittentes fut considérable; les types tierce et double-tierce furent les plus communs. Tantôt elles présentèrent des symptômes qui masquaient les

(1) Nous regrettons que les rapports ne renferment pas la description symptomatologique de ces *cholérines*, qui eussent pu ainsi être comparées aux affections qui régnèrent à la même époque à Nieuport, et que M. Pontus considère comme des fièvres bilieuses. (*Réd.*)

trois stades; tantôt leurs accès furent incomplets, confondus ou renversés ; dans d'autres cas, il n'existait qu'une douleur violente dans une partie du corps, douleur simulant celles du rhumatisme, de la gastralgie, des névralgies ; il y eut même des accès d'épilepsie chez deux malades qui en avaient été atteints dans leur enfance, mais qui en étaient guéris depuis 7 à 8 ans.

« En septembre, les pluies abondantes et l'abaissement considérable de la température amenèrent, vers le milieu du mois, un amendement notable dans la constitution morbide régnante. Non-seulement ces fièvres furent moins nombreuses, mais elles perdirent leur cachet insidieux ; elles parcoururent leurs stades régulièrement et cédèrent plus facilement aux antipériodiques.

« En octobre, le retour de quelques beaux jours et une certaine élévation de la température donnèrent une nouvelle mais légère impulsion à l'épidémie. Vingt-huit fiévreux furent encore reçus à l'hôpital : le sixième à peu près du chiffre du mois dernier. Ce nombre n'est certes pas élevé ; mais le changement complet du temps en septembre, et surtout l'arrivée d'un nouveau bataillon, venu pour remplacer celui qui avait fourni les malades jusqu'ici, m'avaient fait présupposer que le mal allait s'éteindre. Ce fait prouve deux choses : d'abord, que l'élément paludéen ne doit pas avoir été annihilé par un brusque refroidissement du temps qui a duré près d'un mois; ensuite, que l'habitation, pendant quelques jours seulement, au milieu du foyer des émanations paludéennes, a suffi pour le développement de la fièvre intermittente.

« En novembre, l'épidémie marcha vers son déclin ; les hommes nouvellement atteints furent en petit nombre : c'étaient pour la plupart des récidives chez ceux dont la constitution avait subi une forte atteinte et qui présentèrent une véritable cachexie paludeuse.

« Malgré la saison froide, et contrairement à mes prévisions, il y a encore eu, en décembre, plusieurs cas de fièvre intermittente: tout indique cependant que l'épidémie est à sa fin. »

En somme, un nombre excessivement minime de soldats ont échappé à cette affection. Sans compter les malades traités hors de l'hôpital, il y en a eu 554 atteints de fièvre intermittente : 16 en juillet, 119 en août, 159 en septembre, 28 en octobre, 15 en novembre, et 17 en décembre. Remarquons que la garnison d'Ostende n'est composée que d'un bataillon et de quelques artilleurs. Les récidives ont été très-nombreuses; ce qui tient à ce que les hommes, à leur sortie de l'hôpital, furent obligés de retourner au milieu du foyer miasmatique.

Le traitement auquel M. Lefebvre a eu recours consiste dans

l'emploi du quinquina, et particulièrement du sulfate de quinine; mais dans les cas où il y eut complication d'embarras gastrique, un éméto-cathartique, et dans les violentes céphalalgies, des émissions sanguines locales (sangsues derrière les oreilles et scarifications entre les épaules) précédèrent l'administration des antipériodiques. L'œdème et l'anasarque consécutifs, qui se rencontrèrent chez un assez grand nombre de malades, cédèrent facilement à l'administration de diurétiques et de préparations ferrugineuses. Les engorgements de la rate furent combattus par le calomel et par l'usage prolongé du sulfate de quinine, précédés d'une ou de deux applications de ventouses scarifiées sur la région splénique.

La cause principale à laquelle M. Lefebvre attribue ces maladies, c'est « le mauvais emplacement des casernes. Ces bâtiments, voûtés, casematés et construits sur un ancien terrain marécageux, entourés de tous côtés d'eaux stagnantes et de fossés bourbeux, sont situés à peu de distance des bassins de commerce et des bassins de retenue pour les écluses de chasse, bassins qui sont la moitié du temps à sec et qui l'ont été continuellement pendant presque tout le mois d'août. Sous l'influence d'une saison très-chaude, l'on conçoit combien les émanations de cette masse de vase et d'eaux croupissantes ont dû être actives. C'est au reste un fait qui se renouvelle chaque année à Ostende, quoique rarement avec une pareille intensité, et il est de notoriété publique que les fièvres intermittentes y sont toujours très-fréquentes vers cette époque.

« L'action de la localité est des plus évidentes, dit M. Lefebvre: l'épidémie a exercé et exerce particulièrement ses ravages parmi les habitants du quartier où est située la caserne; tandis que les habitants du centre de la ville et de l'extrémité opposée, qui avoisine la mer, en sont pour ainsi dire exempts.

« J'ai fait la même remarque pour les officiers, leurs familles, les employés militaires et de la marine, qui habitent en assez grand nombre au centre de la ville, et chez lesquels je n'ai pas eu à traiter un seul cas de fièvre intermittente; tandis que, chez un nombre plus limité de militaires qui demeurent aux environs de la caserne, et à l'endroit appelé *Hazegras*, presque tous indistinctement, vieux et jeunes, nouveaux arrivés comme anciens habitants, en ont été atteints. Le casernier et sa famille, composée de cinq personnes, ont demeuré pendant dix ans au centre de la ville sans avoir eu la fièvre; depuis huit mois ils logent à la caserne, et tous l'ont contractée. Nous pourrions citer beaucoup d'autres faits qui prouvent l'insalubrité de ce quartier; mais nous

croyons que tout le monde en est trop convaincu pour que de nouvelles preuves soient jugées nécessaires.

« Quant au moyen de prévenir le retour de semblables épidémies, il s'indique de lui-même : c'est de loger la troupe vers le centre de la ville ou du côté de la mer. »

Dans la garnison de *Bruges*, l'épidémie n'a pas atteint autant de militaires qu'à Ostende : pour un effectif beaucoup plus nombreux, il n'y eut que 271 entrants pour fièvre intermittente. Les rapports ne mentionnent pas ces formes anormales indiquées dans les notes de M. Lefebvre, ni les symptômes cérébraux observés à Anvers par M. Gouzée, ni la prédominance des phénomènes bilieux remarqués à Nieuport par M. Pontus ; les fièvres y étaient en général simples et peu graves. Toutefois, un caractère particulier s'y rattache : durant l'épidémie, on reçut une quinzaine d'affections offrant tous les symptômes de l'entéro-mésentérite typhoïde, mais présentant des rémissions bien marquées. Ces affections cédaient, comme les fièvres intermittentes simples, au sulfate de quinine. On se demande si c'étaient des fièvres intermittentes d'une forme particulière, ou des dothinentérites modifiées par la constitution morbide régnante qui imprimait un cachet d'intermittence même aux affections franchement inflammatoires. Les rapports de M. Buys les indiquent comme fièvres typhoïdes, ce qui nous porte à croire qu'il les considérait comme telles.

C'est en septembre que les fièvres intermittentes ont été les plus nombreuses à Bruges : à cette époque, elles y régnaient en quelque sorte à l'exclusion de toute autre maladie. MM. Buys et Binard portèrent principalement leur attention sur tout ce qui pouvait élucider la question de l'engorgement splénique. « Le gonflement de la rate, disent ces médecins, est pour nous mis hors de doute après quelques accès de fièvre intermittente ; et si nous ne sommes pas encore autorisés à regarder l'hypersplénotrophie comme la cause de cette fièvre, au moins considérons-nous la persistance de l'engorgement comme une prédisposition évidente aux récidives.

« Guidés par ces principes, nous nous faisons un devoir d'administrer le sulfate de quinine à forte dose, et de le continuer après la cessation des accès, jusqu'à disparition complète du gonflement splénique que nous suivons pas à pas. Cette médication, nous pouvons le dire, nous a bien réussi. »

Quant aux fièvres typhoïdes avec rémission marquée, M. Buys administra le sulfate de quinine, sans tenir compte ni du délire, ni de la diarrhée, ni de l'état fuligineux de la bouche. Le résultat a prouvé que cette médication était rationnelle : elle était la con-

séquence de la constitution morbide. Ce praticien fait remarquer que son intention n'est nullement de faire prévaloir le traitement, par le sulfate de quinine, de la fièvre typhoïde en général, comme certains médecins l'ont recommandé, et la preuve, dit-il, « c'est qu'au mois de novembre, alors que la constitution médicale était changée à Bruges, nous avons de nouveau traité nos dothinentérites par les moyens qui nous réussissent d'habitude, et que nous varions d'après la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes. »

Fièvres typhoïdes. — Nous avons dit que *Bruxelles*, *Anvers*, *Bruges* et *Bouillon*, sont les quatre villes qui ont offert le plus de fièvres typhoïdes. Quoique ces affections aient été assez graves à Anvers, ce n'était pas là une épidémie. Nous venons de décrire le seul phénomène intéressant qu'elles aient présenté dans la garnison de Bruges : il est donc inutile d'y revenir. Quant à l'hôpital de Bruxelles, une affection à physionomie toute particulière, et dont la nature est encore douteuse, y a été remarquée en octobre et en novembre. « Une variété de *fièvre éruptive* qui n'a les caractères ni de la scarlatine, ni de la rougeole, ni de la variole, et qui offre cependant des signes communs à tous ces exanthèmes, accompagnée de symptômes typhoïdes graves, règne actuellement parmi les militaires. C'est une petite épidémie spéciale, une pyrexie semblable à celle qui a été observée à Berlin, il y a 7 à 8 ans, et qui me semble avoir une grande analogie avec cette fièvre continue, si commune en Angleterre, désignée sous le nom de *typhus fever*, et dont le caractère différentiel de l'entéro-mésentérite des Français est la non-existence des ulcérations des glandes de Peyer et de Brünner. »

Dans son rapport du mois de novembre, M. Lebeau ajoute : « L'affection que nous avons provisoirement désignée sous le nom de *fièvre éruptive* (sans attacher du reste aucune importance à cette dénomination), à cause des nombreuses taches rosées dont toute la peau est couverte, continue à régner ; elle a même acquis plus de gravité, car les symptômes adynamiques sont plus prononcés et plus persistants. Aussi devrions-nous porter à 24 au lieu de 10 le nombre des fièvres typhoïdes reçues en traitement. »

Nous donnerions de plus longs détails sur cette affection ; mais M. Warlomont en ayant décrit l'histoire, dans un travail qu'il a présenté à l'Académie royale de médecine, nous attendrons, avant de le reproduire ou d'en donner une analyse, que ce corps savant se soit prononcé. Nous parlerons alors également du mémoire que M. Knapen a rédigé sur le même sujet.

A *Bouillon*, la fièvre typhoïde a de nouveau atteint un assez

grand nombre de militaires. C'est la seule petite garnison du pays où ces maladies soient en quelque sorte en permanence, et c'est incontestablement celle où les véritables épidémies de fièvre typhoïde ont été les plus communes. Nous nous proposons de publier prochainement la topographie de cette ville et d'indiquer les causes de son état habituel d'insalubrité.

M. Honorez rapporte que la maladie cette fois n'a rien présenté de particulier; qu'aucun symptôme anormal n'est venu donner un cachet spécial à l'affection. Un traitement, varié d'après la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes, a donné des résultats très-satisfaisants.

En dehors de ces quatre villes, *Liége*, *Tournay*, *Mons*, *Termonde* et *Namur*, qui ont offert un nombre de fièvres typhoïdes plus élevé que d'ordinaire, les dix-neuf garnisons restantes n'ont fourni que des cas isolés.

Affections diverses. — Les *ophthalmies* graves n'ont pas été plus fréquentes qu'en d'autres années; mais, comme nous l'avons déjà dit, plusieurs régiments ont présenté un grand nombre d'ophthalmies catarrhales, pour la plupart desquelles les hommes ne furent pas envoyés aux hôpitaux. C'est dans le garnisons d'Arlon, de Liége, de Tournay, et au 4me de ligne, à Anvers, dont je faisais partie alors, qu'elles ont été particulièrement communes. M. Decaisne croit devoir attribuer, en grande partie, ces affections à l'habitude que plusieurs régiments ont prise, en 1847, de faire exercer la troupe au milieu de la journée (de 9 heures à midi), et malgré les chaleurs accablantes de juillet et d'août; car c'est à cette époque que ces ophthalmies sont survenues, et nous avons pu remarquer qu'elles ont cessé brusquement lors du refroidissement de la température. « Les hommes, dit M. Decaisne, rentraient de l'exercice en pleine transpiration, leur linge était littéralement trempé, il y avait une vive turgescence de toute la surface cutanée : ils s'empressaient d'ôter leur veste, d'ouvrir les fenêtres, et gagnaient ainsi de brusques refroidissements. Pour qui connaît l'insouciance du soldat et la vie intérieure des casernes, il sera facile de comprendre que ni ordres, ni punitions, ne peuvent arrêter la plupart de ces imprudences. La prévision du chef, en empêchant que les fatigues du soldat n'aillent jusqu'à cette abondante transpiration, et en choisissant des heures d'exercice plus en harmonie avec les exigences de l'hygiène, peut seule prévenir ces indispositions. »

D'autres collègues ont exprimé, dans leurs rapports, la même opinion sur le danger des exercices au milieu des journées chaudes de l'été. Si les chefs de service, dans tous les corps, n'ont pas fait

la même remarque, c'est peut-être parce que cette innovation n'a été introduite que dans quelques régiments.

Blessés. — La classe des malades appelés blessés n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est un assez grand nombre d'érysipèles de la face. Les fractures, plaies contuses, abcès et autres affections graves, ont été, comme toujours, occasionnés en grande partie par des coups de pied de cheval.

Maladies syphilitiques.— *Anvers*, *Bruxelles*, *Courtray*, *Tournay* et *Ypres*, sont encore les villes qui ont offert la plus forte proportion de vénériens. A *Hasselt*, il y en a eu moins que d'ordinaire. Les rapports de l'hôpital de Bruxelles accusent 291 affections vénériennes dont 184 gonorrhées; ce chiffre indique assez que les mesures contre la prostitution, dans cette garnison ou dans ses faubourgs, sont ou incomplètes ou illusoires. A *Mons*, le nombre en a été plus élevé que dans les autres semestres; mais la plupart des soldats atteints sont arrivés en septembre, et, selon leur dire, ils avaient contracté le mal avant leur départ de Bruxelles.

Galeux. — L'hôpital d'*Anvers* a reçu 206 galeux pendant ces six mois. C'est un nombre très-élevé et exceptionnel. La garnison de *Dinant* continue à en fournir une forte proportion.

(*Archives de la médecine militaire*, mars 1848.)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1847-1848. — N° 4.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Rapport de la deuxième section sur le Mémoire de M. A. FOURCAULT, *intitulé : « Causes générales des maladies chroniques, spécialement de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir le développement de ces affections, etc.* — M. LOMBARD, rapporteur.

Messieurs,

« Le travail que vous nous avez chargés d'analyser se divise en deux parties : l'une traite des causes des maladies chroniques, l'autre de l'hygiène des personnes prédisposées à ces sortes d'affections.

« La première partie comprend : 1° une série d'expériences physiologiques sur les fonctions de la peau ; 2° un grand nombre de faits recueillis tant en France qu'en Hollande, en Belgique, en Italie et en Angleterre, et destinés à corroborer les résultats de ces expériences ; 3° enfin l'application de toutes ces données à l'étude des causes des maladies chroniques.

« Nous allons suivre l'auteur dans l'exposé de ses recherches et nous nous efforcerons de vous faire connaître les résultats qu'il a obtenus.

PREMIÈRE PARTIE. — *Causes des maladies chroniques.*

§ 1er. *Expériences physiologiques sur les fonctions de la peau.* — « Nous ne pouvons plus heureusement commencer l'analyse des expériences de M. Fourcault, qu'en vous donnant lecture d'un extrait du rapport de la Commission des prix Monthyon décernés par l'Académie des sciences de l'Institut de France, dans sa séance publique de 1840, et qui représente assez bien l'opinion que nous aurions à émettre sur cette partie du travail; le voici :

« Ce travail se compose de deux parties : 1° d'une série d'expériences faites sur les animaux d'espèces différentes ; 2° d'une suite de déductions pathologiques que l'auteur a cherché à en tirer, comme autant de conséquences qui découleraient naturellement de ses expérimentations.

« Ce second point, hâtons-nous de le déclarer, la Commission le met à l'écart : il est trop loin, de beaucoup, d'avoir reçu un degré suffisant de démonstration.

« La Commission émettra une opinion bien autre sur la partie purement expérimentale de ce travail. M. Fourcault, dans la vue de suivre, sur plusieurs espèces d'animaux, les effets de la suppression de la transpiration, a eu l'idée de revêtir immédiatement de vernis la peau de quelques-uns de ces animaux vivants. Après les avoir convenablement préparés, plumant les uns, tondant les autres, il les recouvre d'un enduit dont la composition varie. Les substances employées à cet effet sont le goudron, la colle de Givet, la dextrine, la poix et divers mélanges emplastiques. C'est tantôt sur l'animal entier et tantôt sur des portions plus ou moins considérables de son corps, qu'il applique le vernis. Les accidents qui suivent cette opération se montrent plus ou moins rapides, plus ou moins graves, selon que l'enduit a été complet ou incomplet, général ou partiel, et aussi plus ou moins étendu. Dans tous les cas, la santé des animaux est bientôt étrangement altérée et la vie grièvement compromise. Ceux qui ont été mis en expérimentation sous nos yeux, on les avus succomber en un, deux, trois jours et même au bout de quelques heures seulement.

« Dans l'opinion de la Commission, ces expériences sont pleines d'avenir. C'est un nouveau mode de recherches que M. Fourcault aura introduit dans la science. La Commission a pensé qu'il importait d'en doter promptement le domaine public. Livrée à des mains nombreuses, à des esprits variés, répétée d'ailleurs dans des lieux différents, l'expérience de M. Fourcault ne peut manquer de répandre un nouveau jour sur les phénomènes physiologiques et pa-

thologiques placés sous la dépendance de la double fonction d'inhalation et d'exhalation du système cutané.

« Cette expérience veut déjà prendre sa place à côté des travaux supérieurs entrepris à ce sujet depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, et plus particulièrement par Sanctorius, Gorter, Haller, Hales, Keil, Riegels, Rye, Lining, Robinson, Crawford, Blayden, Lavoisier et Seguin, Chaussier, Delaroche et Berger, Anselino, de Blainville, Magendie, Edwards et autres.

« A la suite de tous ces travaux, l'expérience de M. Fourcault conserve un vrai caractère d'originalité. En vain voudrait-on la rapprocher, par exemple, de l'expérience, à l'aide de laquelle Lavoisier et Seguin cherchaient de concert, en 1789, à recueillir séparément les produits de la transpiration cutanée et les produits de la transpiration pulmonaire. Voici de quelle manière Lavoisier et Seguin rendaient compte de leur expérience devant l'Académie des sciences :

« Un habillement de taffetas enduit de gomme élastique, qui ne « laisse pénétrer ni l'air, ni l'humidité, nous a servi à séparer tous « les phénomènes de la transpiration cutanée et ceux de la respi- « ration. L'un de nous entrait dans cette espèce de vêtement, « fermé par dessus la tête au moyen d'une forte ligature. Un tuyau « qui s'adaptait à la bouche et qui se mastiquait sur la peau, de « manière à ne laisser échapper aucune portion d'air, lui donnait « la liberté de respirer. Tout ce qui appartenait à la respiration « se passait, par ce moyen, en dehors de l'appareil ; et tout ce qui « appartenait à la transpiration cutanée se passait en dedans. »

« Il ne faudrait pas non plus assimiler à l'expérience de M. Fourcault la pensée à peine exprimée par MM. Delaroche et Berger, dans leurs belles et courageuses expériences concernant les effets d'une forte chaleur sur l'économie animale. MM. Delaroche et Berger eurent, il est vrai, l'idée d'enduire leur propre corps d'un vernis pour empêcher l'évaporation à la surface de la peau et arriver ainsi à découvrir la cause à laquelle tient la faculté qu'ont les animaux de produire du froid. Mais dans le grand travail de MM. Delaroche et Berger, l'expérience n'est pour ainsi dire qu'indiquée. Les auteurs se sont contentés de l'indiquer et de la consigner seulement en note dans leur mémorable dissertation.

« L'expérience de M. Fourcault est donc neuve autant qu'elle est importante. En la signalant de la sorte aux expérimentateurs, l'Académie, nous l'espérons, aura servi la science.

« C'est pour l'ensemble de ces considérations que la Commission justifie la demande de deux mille francs, à titre de récompense, en faveur de M. le docteur Fourcault. »

« Vous voyez, messieurs, qu'il s'agit d'expériences tout à fait neuves et destinées à jeter un grand jour sur les fonctions de la peau. Passons en revue les phénomènes que M. Fourcault a observés, lors de l'application, sur la peau d'un animal, des enduits dont il est question dans ce rapport.

« L'altération du sang et des lésions locales manifestes succédaient constamment à la suppression mécanique de l'exhalation cutanée. Cette suppression amenait souvent une affection des membranes muqueuses et souvent encore il s'établissait un flux muqueux sur la membrane pituitaire et dans les intestins. L'autopsie a constaté sur la muqueuse intestinale cette rougeur, parfois cet épaississement, ces injections qui caractérisent l'inflammation. Chez quelques chiens, le foie était tuméfié, ramolli, et offrait un engorgement sanguin évident.

« Les membranes muqueuses n'étaient pas les seules parties affectées à la suite de la suppression artificielle de la transpiration insensible : on a vu se produire des épanchements séreux dans le péricarde et même entre les plèvres; plusieurs chiens sont morts de paraplégie, d'autres dans le marasme, et ceux-ci ont offert dans les poumons des tubercules miliaires qui ont paru à l'observateur récemment formés, vu leur blancheur et leur mollesse.

« Déjà donc, altération du sang, flux muqueux et séreux, enfin développement de lésions locales.

« Mais les résultats de ces expériences diffèrent entièrement, suivant que les enduits sont partiels ou généraux, qu'ils suspendent incomplétement ou complétement les fonctions de la peau; dans le premier cas, l'altération du sang n'est point portée jusqu'à la dissolution de ses éléments organiques; il peut se concréter et offrir, bien que dans des cas rares, une couenne légère, blanche et peu consistante, ayant quelque analogie avec la couenne inflammatoire. Quant aux tissus affectés, il ont paru offrir les caractères anatomiques qui décèlent les suites d'une inflammation locale.

« Dans le deuxième cas, c'est-à-dire, lorsque des enduits généraux très-agglutinatifs suppriment l'exhalation cutanée et s'opposent, par conséquent, à l'action de l'air sur la peau, la mort arrive beaucoup plus rapidement et elle paraît être le résultat d'une véritable asphyxie. La respiration des animaux en expérience est difficile, très-laborieuse; ils font de grandes inspirations, afin d'absorber une quantité plus considérable d'air que dans l'état normal; cette mort est violente et est souvent accompagnée de mouvements convulsifs. A l'ouverture du corps, on trouve dans les veines et dans les cavités droites du cœur, moins souvent dans les cavités gauches et très-rarement dans les artères,

un sang noir, dissous, formant parfois des caillots mous, diffluents et se coagulant difficilement au contact de l'air. Cette dissolution du sang favorise la formation de vastes ecchymoses, des épanchements dans les poumons et dans d'autres organes; les vaisseaux capillaires sont généralement injectés. On voit que l'altération de ce liquide a été la véritable cause de l'arrêt de la circulation dans cet ordre de vaisseaux.

« Lorsque les enduits ne recouvrent que la moitié latérale antérieure ou postérieure du tronc, les vaisseaux capillaires, qui rampent à la surface interne de la peau de ces parties, sont distendus par un sang noir, fluide, qui présente, au maximum, les propriétés du sang veineux, tandis qu'une ligne de démarcation assez tranchée s'observe entre cette portion de la peau et celle qui, n'étant pas enduite, est restée intacte.

« M. Fourcault a aussi recherché avec M. Baudrimont si la peau respire chez l'homme et les animaux supérieurs, au moyen d'appareils à courants et de tubes condensateurs, et il a conclu de ces essais que la peau de l'homme et des animaux supérieurs n'absorbe pas assez d'oxygène pour contribuer à l'hématose. Comme contre-épreuve, il a plongé des mammifères, des oiseaux, des reptiles, les uns dans de l'eau aérée, et les autres dans de l'eau privée d'air par l'ébullition; et ne trouvant pas de différence notable dans la durée de la vie des animaux soumis à ces expériences variées, il a été confirmé dans l'opinion que nous venons de rapporter. Il en tire d'ailleurs la conclusion que les phénomènes d'asphyxie déterminés, à volonté, par l'application d'enduits imperméables sur la peau, dépendent entièrement de la suppression de la transpiration insensible et non de l'anéantissement d'une prétendue respiration cutanée.

« Après avoir recherché l'effet de la suppression de la perspiration cutanée dans la production des altérations du sang et des lésions locales qui en sont la suite, l'auteur passe à l'examen des effets de cette suppression sur le développement de la chaleur animale et sur l'altération de l'urine.

« Il a recouvert la peau d'enduits imperméables, il a soumis des animaux à l'influence du froid et de l'humidité en les plongeant jusqu'au cou dans des bains d'eau et dans des bains d'huile à diverses températures : il a constamment observé chez eux un abaissement de température. Celle-ci peut s'abaisser, chez les mammifères, de 15°, 17°, 19° centigrades, et chez les oiseaux, de 14° ou 15° sans amener nécessairement la mort. Quelques animaux succombent plus promptement dans les bains d'eau que dans les bains d'huile à égale température. Il conclut de ces expériences, que

c'est dans le réseau capillaire extérieur, que se développe la chaleur animale, tandis que les grandes anomalies, qui sont le résultat de la suppression mécanique de l'exhalation cutanée, s'opèrent dans le torrent de la circulation.

« Telle est, messieurs, la série des phénomènes que détermine la suppression complète de la transpiration insensible et qui, selon M. Fourcault, caractérisent une maladie grave qu'il appelle *asphyxie cutanée*. Il ne nous reste, pour compléter le tableau des belles expériences du savant académicien, qu'à vous entretenir de ses recherches sur l'altération de l'urine.

« Dans le but d'obtenir des résultats comparables entre eux, il a, d'une part, supprimé mécaniquement la transpiration, soit par des enduits imperméables, soit en enlevant la peau des animaux en totalité ou en partie, et en appliquant les mêmes enduits sur la surface qu'elle recouvrait. D'autre part, il a introduit successivement dans les veines des animaux de la même espèce les divers éléments de la transpiration et ceux qui sont en excès dans le sang, lorsque cette fonction est suspendue. Ces dernières expériences ont été pratiquées au moyen de la transfusion.

« Il résulte de ces expériences :

« 1° Que les chiens, recouverts d'un enduit imperméable, présentent de l'albumine dans leurs urines, lorsque surtout ils ont donné des signes de souffrance ; que ce phénomène se présente, quoique plus rarement, chez les lapins; que l'urine des chiens, qui était très-acide avant l'application des enduits imperméables, devient peu acide, neutre et tend même à devenir alcaline, lorsque ce liquide se charge d'une assez grande quantité d'albumine ; que ce liquide offre enfin, dans sa densité, les variations que l'on observe dans l'hydro-albuminurie.

« 2° Qu'en écorchant des cochons d'Inde vivants, et en les recouvrant de leur peau pour éviter le refroidissement et le contact de l'air sur la surface dénudée, ces animaux peuvent vivre deux ou trois fois plus longtemps que lorsqu'on les recouvre d'enduits imperméables; que ces animaux conservent leur température normale jusqu'au moment où ils sont près de succomber ; que celle-ci diminue d'une manière notable quelques heures avant la mort ; que ces animaux ne sont point abattus, faibles, dans un état de prostration, comme ceux dont la transpiration cutanée a été suspendue au moyen d'un enduit imperméable; qu'ils sont, au contraire, agiles et conservent pendant longtemps beaucoup de vigueur.

« 3° Que la peau est étrangère à la sécrétion des éléments de la transpiration, à la production de la chaleur animale et de l'albuminurie, puisqu'en appliquant une couche de dextrine sur la sur-

face dénudée, on voit apparaître tous les phénomènes de l'*asphyxie cutanée*, qu'on n'observe pas dans le cas précédent.

« Voilà, messieurs, un aperçu des belles expériences de M. Fourcault. Il ne peut y avoir qu'un avis sur leur haute importance. Vous en serez surtout convaincus en jetant un coup d'œil sur les applications que l'auteur en fait à la pathologie. Ce n'est pas que nous partagions entièrement ses opinions relativement à ce dernier point ; car nous ne pouvons nous empêcher de les considérer comme trop exclusives. Mais l'auteur a, comme il le dit lui-même, ouvert une voie nouvelle à ceux qui s'occupent de la science, et nous croyons que cette voie sera fertile en résultats.

§ II. *Faits divers relatifs aux causes des maladies chroniques.*— « Nous avons déjà dit que M. Fourcault ne s'est pas borné à de simples expériences pour arriver au but qu'il se proposait. Il a visité la Hollande, la Belgique, l'Italie, l'Angleterre et la France. Il a vu les établissements nombreux de ces pays ; il a visité les houillères, les filatures, les hôpitaux, les prisons, les dépôts de mendicité, etc., etc. Il a étudié le genre de vie des ouvriers qui se livrent aux professions les plus variées. Il a tenu compte de l'influence du climat, des lieux, des habitudes sociales, etc., etc., et il établit que la phthisie tuberculeuse, les scrofules, le rachitisme, le crétinisme, la lèpre, les dartres, la goutte et la plupart des diathèses, dont l'origine était à peine connue, dépendent principalement de l'inactivité des fonctions cutanées, de la suppression de la transpiration insensible. Ainsi, la phthisie tuberculeuse, les scrofules et les maladies du système lymphatique, qui ont fixé plus particulièrement son attention, ont leur berceau dans les vallées profondes, encaissées, où l'air est calme et à son maximum d'humidité. L'exercice musculaire, amenant une douce transpiration, triomphe de ces causes de maladie, qui n'agissent qu'en empêchant la perspiration cutanée. C'est à cet exercice que l'auteur attribue la rareté de ces affections dans les houillères, où l'homme est exposé à la fois à l'humidité et à des poussières minérales, qui se déposent sur la peau et qui, sans une transpiration assez abondante pour les enlever sans cesse, finiraient par former un enduit capable d'anéantir les fonctions de cet organe. Il fait la même remarque pour les ouvriers qui, travaillant dans les fabriques de papier, coupent les chiffons, et pour les batteurs dans les granges, qui sont environnés d'une atmosphère de poussière. Il cite les vastes établissements de Gand où l'on tisse le coton : il a été frappé de la fraîcheur des jeunes filles qui travaillent dans de vastes ateliers, au milieu d'un nuage de poussière; et il admet que c'est leur activité qui les préserve généralement des maladies tuberculeuses,

qui attaquent si fréquemment les dentellières et les tisserands.

§ III. *Application des expériences et des faits sus-relatés à l'étude des causes des maladies chroniques.* — « De toutes ces observations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« 1° Pour préserver l'homme et les animaux des affections tuberculeuses, il faut les soumettre habituellement, dans l'état de liberté, aux influences de l'atmosphère.

« 2° On pourrait à volonté produire les scrofules et la phthisie, en supprimant lentement la perspiration cutanée, par la privation de l'exercice, de la lumière, de l'air sec et en mouvement.

« 3° L'influence de l'humidité s'exerce sous tous les climats dans la production des maladies aiguës et des affections chroniques.

« 4° Les affections tuberculeuses des poumons se multiplient en raison directe de la déclivité des lieux : cette loi est générale pour les maladies chroniques.

« 5° La misère comparée des villes et des campagnes prouve que les affections chroniques de la classe pauvre sont dues en ville à l'humidité et au défaut de ventilation.

« 6° Les fièvres intermittentes simples et pernicieuses sont, comme la phthisie, déterminées par l'action de l'humidité sur la peau.

« 7° Trois conditions essentielles concourent au développement des fièvres intermittentes simples ou pernicieuses :

a. L'humidité,

b. L'élévation de température,

c. Les perturbations fréquentes qu'elle éprouve chaque jour.

« 8° L'humidité produit non-seulement les affections chroniques les plus graves, une altération profonde des solides et des liquides ; mais elle peut altérer la forme des organes extérieurs et modifier les caractères physiques qui distinguent les races.

« 9° L'hérédité n'est pas la cause la plus ordinaire des tubercules. En plaçant les enfants prédisposés à cette maladie dans des conditions favorables, on peut, dans la généralité des cas, en prévenir le développement.

« Ces résultats, messieurs, sont importants. Nous craignons seulement que M. Fourcault ne se soit laissé entraîner trop loin dans ses généralisations, en remplaçant constamment les enduits imperméables, employés dans ses expériences, par l'humidité et le défaut d'exercice. Qui ne voit, en effet, que les altérations du sang qui succèdent invariablement à la suppression de la perspiration cutanée et qui, au dire de l'auteur, amèneraient inévitablement et toujours les cachexies tuberculeuses, scrofuleuses, etc., peuvent

aussi provenir de causes agissant directement sur ce fluide, en y introduisant certains principes en excès, tout aussi bien qu'en les y laissant prédominer par le défaut d'élimination? Certes, en admettant que les idées de l'auteur sont trop exclusives, nous ne cherchons nullement à en atténuer l'importance, mais nous croirions faillir à nos devoirs, si nous ne signalions une lacune et si nous n'engagions tous les médecins à faire leurs efforts pour la combler. Il nous semble donc qu'en admettant, avec l'auteur, que l'altération des liquides précède toujours celle des solides dans les maladies chroniques, on n'envisagerait la question que sous une de ses faces, si l'on se bornait à n'étudier que les altérations du sang produites par le défaut d'élimination de certains éléments, dont l'économie animale doit être sans cesse débarrassée pour que la vie se maintienne; et qu'on aurait à rechercher comment et dans quelles circonstances les éléments dont il s'agit peuvent y être introduits indirectement, en quantité incompatible avec la santé.

« Ce n'est pas tout: nous croyons fermement que M. Fourcault réunit les qualités qui font le bon expérimentateur et l'observateur profond; mais les résultats qu'il nous offre sont tellement importants, que nous croyons nécessaires de nouvelles expériences et des recherches nombreuses pour corroborer une théorie, qui, vraie, peut faire faire à la science un pas immense, et qui, fausse, peut en enrayer la marche en faisant abandonner aux travailleurs des questions qu'ils pourraient croire désormais résolues. Vous jugerez surtout, messieurs, de l'importance de cette remarque, lorsque vous saurez que l'auteur ne se borne pas à citer les causes qui déterminent les affections chroniques, mais que, fort de ses expériences, il suit la nature dans sa marche, explique, pour ainsi dire, physiquement et chimiquement les désordres qui surviennent dans l'économie, lors de l'apparition des maladies. Nous allons d'ailleurs essayer de vous exposer sa manière de voir relativement à ce dernier point.

« Les maladies, dont les formes sont les plus variées, naissent sous l'influence des causes générales, dont nous avons étudié l'action dans l'article relatif à la production des maladies tuberculeuses et scrofuleuses. Tel est, messieurs, le principe sur lequel M. Fourcault base sa théorie générale des maladies chroniques. Pour lui, la diversité des maladies est due à une cause identique, agissant sur des individus différemment prédisposés.

« Selon lui, les diathèses inflammatoires sont le résultat de la soustraction subite, par la perspiration insensible, du principe aqueux de la transpiration, tandis que les cachexies séreuses sont

déterminées par le refoulement de ce principe et des autres éléments dans le torrent de la circulation.

« Enfin, à ces causes générales il faut ajouter l'action des miasmes, des effluves délétères, qui peuvent non-seulement produire des maladies graves, mais empoisonner la vie dans sa source. Ajoutez-y encore l'influence peu connue de l'électricité atmosphérique.

« Remarquez-le bien, messieurs, ce dernier paragraphe vient à l'appui de ce que nous disions tantôt des vues trop exclusives de l'auteur. Ainsi, il parle des miasmes, des effluves délétères, de l'électricité atmosphérique, comme pour mémoire, mais il ne pense nullement à déterminer la part de ces agents dans la production des maladies chroniques. Avant d'aller plus loin, il nous semble qu'un simple raisonnement fera mieux ressortir ce que nous trouvons d'incomplet dans cette théorie générale. Tous les rouages de la machine humaine sont protégés par des organes qui, tout en jouant ce rôle, servent encore d'aboutissants à des conduits excréteurs : nous voulons parler de la peau et des membranes muqueuses. De ces organes protecteurs, les uns sont directement et toujours en contact avec l'air ambiant, tels que la peau, la muqueuse buccale, celle qui tapisse les fosses nasales et les organes de la respiration, etc., etc. ; les autres le sont avec d'autres agents (muqueuse des voies digestives, muqueuse vaginale et utérine, etc.). Or, il saute aux yeux que la *cause identique* de M. Fourcault, et qui n'est autre que l'influence du froid et de l'humidité de l'air atmosphérique, des habitations, etc., etc., non-seulement ne peut agir directement sur les membranes comprises dans notre deuxième catégorie, mais qu'appliquée sur certains organes compris dans la première, à savoir l'arbre bronchique, la bouche, les fosses nasales, etc., elle ne serait pour rien, ou du moins pour peu de chose, selon l'auteur, dans la production des maladies aiguës et chroniques. S'il en était ainsi, messieurs, on ne saurait que faire de l'influence de l'alimentation sur le développement des affections aiguës et chroniques des voies digestives, de celle du coït sur celui des des maladies du vagin et de la matrice, de celle de gaz irritants, d'un air vicié sur celui des maladies des organes de la respiration, de l'olfaction, de la vue, etc., etc.

« Mais suivons l'auteur : Maintenant, dit-il, supposons que les causes extérieures agissent lentement sur l'organe cutané, qu'elles suppriment graduellement la transpiration insensible ; on verra la santé s'altérer et des affections chroniques de diverses natures se former.

« Dans l'état aigu, comme dans l'état chronique, les éléments

superflus de la transpiration produisent, le plus souvent, des lésions locales par leur présence, et plus particulièrement des affections des membranes muqueuses. Cependant, il est des cas où, ces lésions locales n'existant pas, ces éléments superflus de la transpiration altèrent gravement la santé, finissent par déterminer des altérations dans les solides et des engorgements dans les vaisseaux : cet état a reçu, dit l'auteur, le nom de *diathèse* ou de *cachexie*.

« Dans les fièvres appelées improprement essentielles, ajoute M. Fourcault, la diathèse inflammatoire se forme souvent, tandis que dans les maladies chroniques on voit se développer des cachexies calcaire, séreuse, albumineuse, scrofuleuse, scorbutique, qui ne sont que des maladies chroniques du sang, de l'albumine, de la fibrine et des globules sanguins. On observe ces cachexies ou ces altérations chroniques des fluides dans le rachitisme, les hydropisies, les scrofules, la phthisie et le scorbut. Dans la goutte il existe aussi une altération du sang et des fluides, qui est la cause des lésions locales observées dans cette maladie et que les écarts de régime ne peuvent expliquer.

« L'action des agents extérieurs détermine donc : 1° un défaut d'équilibre entre l'exhalation cutanée et les autres excrétions; 2° une altération du sang et des liquides ; 3° des lésions locales qu'on observe dans les maladies aiguës, ainsi que dans les affections chroniques.

« Telle est, messieurs, la théorie générale des maladies aiguës et chroniques présentée par M. Fourcault. Il ne se borne pas, dans son ouvrage, à l'exposé de ces vues générales; il passe à leur application et il suit pas à pas les phénomènes qui se manifestent dans l'économie, lors de la production des maladies du système osseux, des altérations chroniques de l'albumine, des affections chroniques de la fibrine et des globules du sang, de la goutte et du rhumatisme, des maladies nerveuses, enfin du choléra.

« Nous allons le suivre dans l'étude qu'il fait des causes de chacune de ces affections.

§ Ier. *Maladies du système osseux ; rachitisme.* — « 1° Diminution de l'excrétion de la peau; 2° excès d'acide lactique dans l'économie; 3° action dissolvante de cet acide sur le phosphate de chaux; 4° diminution de ce sel dans les os des rachitiques. Telles sont les données sur lesquelles l'auteur se base pour éclairer l'étiologie du rachitisme. Pour lui, les causes de cette affection agissent sur la peau et sont toutes celles qui diminuent l'excrétion acide de cette membrane. L'acide lactique se trouverait alors en excès dans l'économie et dissoudrait le phosphate de chaux. Par là, il explique

non-seulement le ramollissement des os, mais encore la production des déviations de la taille, celle des tumeurs blanches, des tubercules dans les os atteints de carie, et même cette dernière affection.

« Nous ne pouvons adopter cette théorie sans réserve ; car, si l'acide lactique joue ici le rôle principal, pourquoi le rachitisme est-il moins fréquent dans la première année de la vie (époque de l'allaitement) que dans la deuxième ? Pourquoi encore est-il si rare chez l'adolescent, chez l'adulte, et surtout chez le vieillard ? N'a-t-on pas à toutes les époques de la vie, et sous l'influence de la même cause, l'acide lactique en excès et le phosphate de chaux en contact dans un milieu invariable? Et ces deux corps trouvent-ils des raisons pour réagir l'un sur l'autre, tantôt d'une manière et tantôt de l'autre? Vous supprimez la perspiration cutanée chez un enfant, vous la supprimez chez un vieillard ; dans les deux cas, vous avez un excès d'acide lactique dans l'économie, et vous voudriez que cet acide dissolve le phosphate de chaux chez le premier et le laisse intact chez le second! Nous nous attendons sans doute à voir invoquer, en faveur de la diversité de réaction dans ces cas, le degré différent de cohésion, les proportions relatives des corps mis en contact, etc., etc.; mais nous voudrions des faits de nature à nous tranquilliser sur ce point.

Scrofules. — Phthisie.

§ II. *Des altérations chroniques de l'albumine.* — « Ici l'inactivité de la peau amène un excès d'acide lactique, lequel, agissant sur la partie albumino-fibrineuse du sang, concrète cette substance qui devient ainsi une gangue où des sels de diverses natures se déposent. Cette concrétion des matières albumineuses se ferait dans les vaisseaux, dans les ganglions lymphatiques, dans les poumons, dans les autres organes. L'auteur explique encore par là l'accumulation de la graisse dans le foie des phthisiques; car, dit-il, la graisse est au nombre des éléments qui sont excrétés par la peau, surtout pendant l'exercice ou le travail corporel.

« Vous voyez, messieurs, le rôle que M. Fourcault fait jouer à l'acide lactique dans la production des tubercules. Cette manière d'envisager les choses doit nécessairement influencer le choix de la nourriture à donner aux personnes qui y sont prédisposées: c'est ce que l'auteur a soin de faire au chapitre XIX de la deuxième partie, où il est question des aliments.

De l'hydro-albuminurie.

« L'auteur désigne ainsi la maladie connue sous les noms d'hy-

dropisie, d'albuminurie, de néphrite albumineuse, de maladie de Bright.

« Le refroidissement de la peau, dans un accès de fièvre, l'action prolongée du froid et de l'humidité sur cet organe, amènent la suppression de l'excrétion acide de cette membrane. L'acide lactique se trouve alors en excès dans le sang ; or, sa surabondance dans ce liquide doit nécessairement rompre l'équilibre des affinités organiques ; cet acide en excès doit se porter sur l'albumine et la précipiter dans les voies urinaires, où la sonde la maintient, en tout ou en partie, en dissolution dans l'urine ; d'une autre part, les sels que la peau doit éliminer sont également refoulés dans le torrent de la circulation ; alors les bases alcalines prédominent dans le sang ; l'urine doit donc être à la fois albumineuse et peu acide, ou même alcaline.

« L'albuminurie peut se développer sans l'hydropisie : dans ce cas, l'excrétion acide de la peau est seule supprimée, tandis que, dans l'hydropisie, il y a à la fois suppression de cette excrétion et de l'eau de la transpiration.

« Dans les cas d'hydro-albuminurie où il existe des lésions organiques, celles-ci sont précédées de l'altération du sang, celui-ci altéré, poussé *a tergo* par les ventricules du cœur, engorge les vaisseaux capillaires, irrite le système nerveux et produit les phénomènes de la douleur et de la fièvre.

De l'endurcissement du tissu cellulaire.

« Dans la production de cette maladie, dit l'auteur, il existe deux phénomènes remarquables, qui prouvent invinciblement la suppression de la perspiration cutanée, à savoir : l'action d'un air froid et humide, la diminution de la température propre aux enfants.

« Rapprochant ces deux phénomènes de ce qui se passe lorsqu'on recouvre les animaux d'un enduit imperméable, lorsqu'on les plonge dans des bains à une température supérieure à celle de l'air ambiant, lorsqu'on applique sur leur peau des linges humides, etc., il est évident pour lui qu'un air froid et humide, des linges imbibés de matières excrémentielles et qui se refroidissent sur la peau des enfants au berceau, sont les causes les plus ordinaires de l'endurcissement du tissu cellulaire et des autres affections qu'ils éprouvent dans les premiers moments de leur existence. Il indique comme moyens les plus sûrs de combattre cette affection, tous ceux qui communiquent de la chaleur à la peau et qui excitent vivement la transpiration.

« Quant à l'explication qu'il donne de l'endurcissement du tissu

cellulaire, il la puise dans la présence de l'acide lactique en excès, qui concrète l'albumine dans le tissu cellulaire.

Phlegmasia alba dolens.

« L'auteur reconnaît que l'engorgement des membres des femmes en couches et les épanchements fréquents, qui se remarquent dans leurs maladies, résultent, dans le plus grand nombre des cas, des perturbations des fonctions de la peau, de la suppression de sa transpiration acide, de la concrétion de l'albumine dans les vaisseaux et les glanglions lymphatiques. Il explique de la même manière la production de la *lèpre et de l'éléphantiasis.*

« Si donc, messieurs, nous résumons ce qui vient d'être dit des maladies du système osseux et de celles caractérisées par une altération chronique de l'albumine, nous verrons un seul corps, l'acide lactique, produire, selon les prédispositions individuelles, tantôt l'une, tantôt l'autre de ces affections. Se trouve-t-il en excès chez les enfants, il dissout le phosphate de chaux, ramollit les os, les imbibe même de matière tuberculeuse, etc. ; de là, rachitisme, carie, etc.

« Le rencontre-t-on en excès chez des individus prédisposés à la phthisie, aux scrofules, etc., il se porte sur l'albumine et la concrète tantôt dans les vaisseaux sanguins, tantôt dans le tissu cellulaire, tantôt dans le système lymphatique.

« Enfin l'acide lactique en excès peut, chez certains individus, précipiter l'albumine dans les urines.

« Nous nous contenterons, messieurs, de ce simple exposé : nous aurions trop de choses à dire, si nous devions juger ces théories.

§ III. *Affections chroniques de la fibrine et des globules du sang.* — « Toutes les fois, dit M. Fourcault, que les éléments organiques ou les éléments chimiques du sang ne sont plus dans leurs proportions normales, des maladies se forment lorsque ce défaut de proportions dépasse certaines limites.

« La prédominance de la fibrine et des globules détermine des maladies qui offrent le caractère inflammatoire; au contraire, lorsque leurs proportions diminuent, il se développe des affections qui décèlent un état de débilité et de langueur. Dans ces affections, les fonctions de la peau ou du système capillaire sous-jacent jouent un rôle qu'on ne peut méconnaître. En étudiant les causes de l'anémie, de la chlorose et du scorbut, dans lesquels l'élément globulaire est parfois altéré et le plus ordinairement en proportion moindre que la fibrine et l'albumine, on constate que l'étiolement est la cause la plus commune des deux premières affections, et

l'humidité celle de la dernière. La respiration d'un air altéré et l'usage d'aliments de mauvaise nature contribuent aussi puissamment à la production du scorbut; mais il sera encore facile, dans cette circonstance, de démontrer qu'on a exagéré l'influence des viandes salées sur l'altération du sang.

« L'auteur dit plus loin : « Dans ces diverses circonstances, la suppression de la transpiration a-t-elle favorisé l'accumulation des éléments alcalins dans le sang, ainsi que plusieurs expérimentateurs l'ont annoncé? Il est évident qu'alors les sels que la peau doit excréter sont refoulés dans le torrent de la circulation, que le lactate de soude ne se décompose qu'en partie; or, ajoute-t-il, mes expériences prouvent que l'injection de ce sel dans les veines produit une odeur fétide et une dissolution putride ou scorbutique des fluides. Cet état suffit pour expliquer la production des hémorrhagies et des ecchymoses chez les scorbutiques. »

« Nous admettons volontiers, messieurs, que le lactate de soude, introduit dans les veines des animaux soumis aux expériences de l'auteur, ait produit une odeur fétide et une dissolution putride des fluides ; mais rien ne nous autorise à nommer *scorbutique* cette dissolution putride; car, il n'est pas d'analyse, qui démontre l'identité de composition des fluides d'un animal soumis à ces expériences et de ceux d'un individu atteint de scorbut. Quand, donc, l'auteur s'appuie sur cette action du lactate de soude pour expliquer la production du scorbut, il n'émet qu'une opinion vraisemblable et qui doit être admise avec d'autant plus de réserve, qu'il ne signale aucun fait propre à démontrer l'excès de ce sel dans le sang des scorbutiques.

§ IV. *De la goutte et du rhumatisme.* — « Ce serait s'abuser, dit M. Fourcault, que de considérer la nature des aliments ou les excès dans le régime comme la cause la plus générale de la fréquence de la goutte et des calculs. Il faut exciter et entretenir la transpiration cutanée ; car sans cette condition, la goutte peut se manifester, quelle que soit la sobriété des individus qui y sont disposés.

« Comme la goutte, le rhumatisme dépend de l'inactivité des fonctions de la peau; mais les causes qui déterminent ces deux affections ne sont pas toujours les mêmes; en général, la première affection naît sous l'influence d'un repos prolongé, tandis que la dernière est le résultat ordinaire d'un refroidissement, de l'action d'un air froid et humide sur la peau. Néanmoins, ces deux causes concourent parfois à la production de ces affections.

« Ici l'auteur s'appuie sur ses observations cliniques et non sur des expériences.

§ V. *Des maladies nerveuses.* — « Le repos habituel ou le défaut d'exercice musculaire détermine aussi les maladies nerveuses; mais il prédispose à ces maladies dans la généralité des cas en favorisant l'action de toutes les causes physiques et morales.

« Telle est la thèse que l'auteur cherche à soutenir dans ce paragraphe, que nous engageons les médecins à méditer. Il s'efforce d'établir, par des faits, qu'ici la privation de l'exercice agit aussi en diminuant l'activité des fonctions cutanées; que la suppression de la transpiration est alors ou primitive ou le résultat de la lésion profonde des centres nerveux ; que dans tous les cas, elle doit attirer l'attention du médecin, qui doit chercher à la rétablir.

§ VI. *Du choléra-morbus.* — « M. Fourcault cherche à démontrer que le choléra cyanique et l'asphyxie cutanée présentent des phénomènes communs. Ainsi, les causes locales favorisent l'explosion de cette terrible affection et, selon lui, l'observation la plus rigoureuse a montré que, parmi ces conditions, on doit ranger : 1° les lieux découverts, exposés à tous les vents et surtout à ceux du nord-est; 2° les lieux bas et humides ; 3° les habitations étroites privées de l'influence expansive de la lumière ; 4° l'agglomération des individus dans les mêmes localités.

« Toutes ces causes agissent en amenant du trouble dans la perspiration cutanée, en ralentissant ou en supprimant cette fonction, comme les enduits imperméables que l'on applique sur la peau.

« Quant à la symptomatologie, on remarque une grande diminution de la température propre chez le cholérique comme chez l'animal en expérience. Dans l'un et l'autre cas, elle peut s'abaisser jusqu'à 21° centigrades. Chez les deux encore, le sang devient noir ou d'un rouge brun, circule ainsi dans les artères, agit sur le système nerveux sans amener immédiatement la mort, ce qui ne s'observe pas dans l'asphyxie pulmonaire déterminée par le défaut d'oxygénation du sang : ici la mort est presque instantanée. Enfin, dans l'une comme dans l'autre maladie, les vaisseaux capillaires s'engorgent, les tissus, et surtout la membrane muqueuse gastro-intestinale, offrent une rougeur plus ou moins intense; les vaisseaux de la peau offrent une véritable cyanose; l'homme et les animaux périssent souvent dans un état convulsif ou tétanique, accompagné d'un dévoiement abondant. Dans le choléra, le mal peut attaquer l'axe cérébro-spinal tout entier, ou se manifester en affectant isolément ces diverses parties. C'est alors que l'on verrait apparaître l'altération du sang comme conséquence des troubles survenus dans la sécrétion des reins, de la peau, etc.

« Partant de ces données, l'auteur cherche à rétablir la tran-

spiration, la chaleur organique *intrà et extrà*, chez les cholériques, comme chez les animaux soumis à ses expériences ; il prétend qu'il faut éviter les saignées générales et locales, au ventre, qui tendent, sans but, à affaiblir et à refroidir le cholérique ; que, dans la période algide, il faut bien se garder de donner des boissons froides ; qu'il faut, au contraire, donner des boissons à la température la plus élevée possible ; enfin, que la paralysie du cœur, qui est symptomatique, doit être combattue par des courants d'air très-chaud, la cautérisation immédiate, des ventouses sèches ou scarifiées, appliquées le long de la colonne vertébrale.

« Telle est, messieurs, la théorie de la production du choléra, présentée par M. Fourcault. Il y a entre les phénomènes de l'asphyxie cutanée, qu'il a décrite, et ceux du choléra, une analogie frappante. Mais il y a loin, ce nous semble, de cette analogie à l'identité. Quelle différence, par exemple, entre l'enduit imperméable qui détermine l'asphyxie cutanée et la cause qui produit le choléra ! Que de facilité pour enlever l'enduit, cause de la première affection ! Que de difficultés pour éloigner du cholérique les circonstances au milieu desquelles le mal s'est déclaré ! Et si nous prenons en considération le traitement conseillé dans l'un et l'autre cas par l'auteur, si nous consultons à cet égard notre expérience propre, que de doutes surgissent encore sur l'identité de ces deux affections ! En effet, contrairement à l'opinion énoncée par l'auteur, nous avons saigné dans la période algide du choléra et chaque fois que nous avons pu extraire une quantité de sang notable, ce que l'on dit n'être pas toujours possible, nous avons eu le bonheur de sauver nos malades. Il y a plus : de toutes les femmes atteintes de choléra, et chez lesquelles le sang avait conservé assez de fluidité pour pouvoir couler sous la lancette, pas une, non-seulement, n'a succombé, mais aussi toutes ont accouché à terme, et leurs enfants s'étaient bien développés et étaient bien portants. En invoquant ici notre expérience, nous n'avons nulle intention, messieurs, d'entamer une discussion sur le traitement de cette terrible affection ; mais trouvant les résultats de notre observation en désaccord avec la théorie de l'auteur, nous nous hâtons de les mentionner dans le but d'engager les praticiens à ne pas se conformer trop légèrement dans leur pratique aux conseils suggérés par une théorie d'autant plus capable de devenir funeste, qu'elle est attrayante et basée, en apparence, sur des faits.

« Nous terminons ici ce que nous avions à dire sur la première partie de l'ouvrage de M. Fourcault.

DEUXIÈME PARTIE. — *Hygiène des personnes prédisposées aux maladies chroniqnes, et spécialement à la phthisie pulmonaire.*

CHAP. I. *Des tempéraments.* — « M. Fourcault considère les classifications des tempéraments admises jusqu'à ce jour comme incomplètes, c'est-à-dire, n'embrassant qu'une partie des formes et des dispositions organiques qui constituent les tempéraments ; comme vicieuses, en ce qu'elles attribuent à des appareils chargés de fonctions spéciales, comme le foie et le système circulatoire, des actions et des phénomènes qui ne peuvent être rapportés qu'au cerveau et au système nerveux. Pour l'auteur, la prédominance du système nerveux, celle du système sanguin, celle de la lymphe et du tissu cellulaire, donnent lieu aux quatre types fondamentaux, dont il admet des nuances intermédiaires ; de là dix tempéraments : 1° le nerveux ; 2° le sanguin ; 3° le cellulaire ; 4° le lymphatique ; 5° l'adipeux ; 6° le scléreux ; 7° le vasculaire ; 8° le gastro-limique ; 9° le gastro-pathique ; 10° l'érotique ou génital.

« Il passe ensuite en revue les tempéraments nerveux, sanguin, cellulaire et lymphatique, qu'il considère comme types, renvoyant pour l'étude des autres à l'article *tempérament* du *Dictionnaire de la conversation et de la lecture.*

« Le chap. II est destiné à démontrer l'inefficacité du traitement préservatif de la phthisie pulmonaire admis jusqu'à ce jour. Selon l'auteur, les médecins ont méconnu jusqu'à présent l'origine des tubercules ; il ajoute que ce n'est point sur les poumons, mais sur la peau, qu'agissent primitivement les causes générales de la consomption pulmonaire ; que la première chose à faire est de rétablir la fonction dont la suspension occasionne, dans la généralité des cas, l'altération de la santé et la production des tubercules.

« M. Fourcault n'est pas le premier, messieurs, qui ait prescrit dans les affections chroniques, et particulièrement dans la phthisie pulmonaire, des moyens curatifs agissant directement sur la peau. Déjà Boerhaave, par exemple, conseillait les frictions sèches sur la peau dans les affections de cette espèce. Mais c'est à M. Fourcault qu'était réservé l'honneur de généraliser cette méthode de traitement et de faire ressortir la liaison qui existe entre le système cutané et les organes internes.

« Au chapitre V, l'auteur traite de l'éducation physique des enfants ; il démontre que l'éducation intellectuelle est moins indispensable que celle-ci ; mais il engage à faire marcher l'une et l'autre de front. Il ne faut pas oublier, dit-il, que c'est presque toujours avant l'âge de douze ans qu'a lieu la formation des tuber-

cules dans les poumons, et que soumettre, avant cet âge, les enfants faibles, lymphatiques, prédisposés aux scrofules et à la phthisie pulmonaire, à des occupations d'esprit sérieuses et prolongées, c'est les conduire presque inévitablement au tombeau; que jusqu'alors leur éducation doit être exclusivement physique et qu'à quatorze ans seulement, ils peuvent commencer sans danger les études classiques. Les jeux à l'air libre, les courses à la campagne, la gymnastique, plus tard l'escrime et l'équitation, enfin le choix de professions actives, telle est l'unique sauvegarde, la seule ressource puissante offerte à ces organisations tristement prédestinées.

Des professions.

« Partant du principe qu'il faut nécessairement donner à l'homme, dans toutes les conditions où il se trouve placé, les moyens d'exercer ses membres et ses facultés, M. Fourcault conseille d'apprendre aux enfants plusieurs professions.

« Plus loin, l'auteur parle de la lumière, du calorique, de l'électricité, de la ventilation et de la gymnastique. Il fait l'historique de celle-ci, puis il arrive aux avantages qui lui sont inhérents et qui, selon lui, sont de deux ordres : les uns physiologiques, les autres hygiéniques. Résumons avec lui ces avantages de la gymnastique :

« 1° Elle entretient la santé et rend la constitution plus vigoureuse.

« 2° Elle donne aux muscles plus de force, aux membres plus de souplesse, aux organes plus de développement, aux molécules osseuses plus de cohérence, à l'appareil sanguin plus d'énergie, à l'homme plus de courage, plus d'aptitude et d'habileté pour les professions mécaniques.

« 3° Elle corrige une foule de vices de conformation, accroît la finesse des sens, rétablit les fonctions de la peau et l'équilibre indispensable aux différentes parties du corps.

« 4° Elle peut être mise en usage avec le plus grand succès pour combattre l'invasion des maladies héréditaires, constitutionnelles ou accidentelles, notamment les scrofules, le rachitisme et la phthisie tuberculeuse.

« 5° Au point de vue du perfectionnement moral, elle ne laisse pas que de produire aussi de précieux résultats.

« Tels sont les avantages de la gymnastique signalés par M. Fourcault. Plus loin, il donne des préceptes, qui doivent servir à l'appliquer d'une manière rationnelle.

« Les chapitres XIII et XIV traitent des voyages et de la navi-

gation, de la natation et des bains de mer. Nous ne pouvons nous dispenser de vous rapporter une idée de l'auteur, qui y est exprimée dans les termes suivants : « S'il résulte, dit-il, des faits, dont nous venons de parler, que les bains de mer offrent à l'hygiène et à la thérapeutique de puissants secours, ces faits indiquent aussi les améliorations précieuses que dans une haute pensée d'humanité il serait facile de réaliser peut-être. Il nous semble d'abord qu'on pourrait fonder sur plusieurs plages maritimes salubres des établissements hygiéniques, où seraient traités les scrofuleux, les personnes atteintes de maladies cutanées, les enfants prédisposés au rachitisme et à la phthisie. Ils trouveraient sur le littoral de la mer, grâce aux bains d'eau, d'air et de lumière, aux promenades sur les dunes, où ils recevraient les effluves de l'air marin, aux courses dans les champs et les bois, qu'ils auraient soin de parcourir à pied ou sur un poney, tous les éléments de guérison réunis. » Et pour que les ouvriers puissent, comme les personnes favorisées de la fortune, jouir des mêmes avantages, l'auteur ajoute : « Ne serait-ce pas remplir un grand devoir que de créer pour les pauvres, comme nous le demandions tout à l'heure pour les riches, des établissements sur les bords de la mer, où seraient reçus les artisans affectés de scrofules, de tumeurs blanches, de carie, d'affections cutanées et autres, contre lesquelles les hôpitaux n'ont que des remèdes si restreints dans leurs applications, si lents dans leurs effets? »

« Cette idée, messieurs, nous paraît digne de fixer votre attention ; car nous voyons tous les jours les bains de mer et le séjour sur les dunes manifester leur influence bienfaisante sur les affections chroniques, et les moyens, conseillés par M. Fourcault pour les mettre à la portée de tout le monde, peuvent produire des résultats excellents.

« Dans le chapitre suivant, l'auteur étudie l'action des eaux minérales. Il reconnaît plusieurs lacunes à remplir touchant leur action hygiénique et préservatrice, et il exprime le désir de voir paraître un traité à la fois hygiénique et médical, dont il donne le plan, pour servir de ligne de conduite aux praticiens, qui n'ont, sous ce rapport, que des notions vagues et incertaines.

« Plus loin, il parle de l'habitation. « Dans quels lieux, dit-il, doivent habiter les phthisiques? faut-il préférer les localités basses et marécageuses aux collines et aux montagnes où l'air est sec, vif et agité? Il y a ici à poser une distinction capitale. Lorsque la phthisie n'est encore parvenue qu'à sa période d'incubation; que les tubercules se forment; que la diathèse scrofuleuse est manifeste, alors les personnes menacées de consomption pulmonaire

doivent sans hésitation et le plus tôt possible, quitter les vallées humides et les grandes cités pour aller s'exposer aux vents libres des montagnes et du littoral de la mer; car en agissant vivement sur la peau, en excitant ses fonctions, l'air peut favoriser la résolution de récents tubercules. Cet effet, ainsi qu'il est facile de le constater, s'observe à l'extérieur, dans les affections scrofuleuses, alors que les engorgements sous-cutanés sont encore peu considérables. Mais au contraire, quand la phthisie a parcouru ses premières périodes, que le malade crache le sang et le pus, l'action d'un air trop vif peut et doit activer les progrès du mal. Dans ce cas seulement, tout espoir de guérison étant irrévocablement perdu, les malades pourront devoir à l'habitation de vallées humides et non marécageuses quelques mois de plus d'existence, qu'eussent impitoyablement dévorés des localités sèches et salubres. »

« Nous ne pouvons, messieurs, adopter en tous points la manière de voir de M. Fourcault relativement à l'habitation des phthisiques. Nous reconnaissons, avec lui, que les vents libres des montagnes, les lieux élevés, etc., doivent être conseillés dans la première période des affections tuberculeuses ; mais, contrairement à l'opinion qu'il a émise, nous voudrions qu'ils fussent prescrits pendant toute la durée de la maladie ; car, nous croyons que les seuls moyens à employer, pour soustraire ces malheureux malades à une mort certaine, sont tous ceux qui s'opposent à la formation de tubercules nouveaux, dans les portions du parenchyme pulmonaire demeurées jusque-là intactes.

« Le chapitre XXI traite des aliments ; l'auteur conseille le foie de morue, de raie et de plusieurs autres poissons, comme aliment salutaire dans les scrofules et la phthisie. Selon lui, cet aliment, qui contient une huile dont l'efficacité a été constatée, sera plus favorable que le lait d'ânesse, qui renferme une très-grande quantité d'acide lactique. Il prétend enfin que le régime végétal est moins favorable que le régime animal aux personnes prédisposées à ces affections.

« Nous arrivons au dernier chapitre qui est relatif à l'hygiène sociale et à l'organisation du travail.

« Dans le premier paragraphe de ce chapitre, l'auteur cherche à démontrer la nécessité de faire apprendre deux professions aux enfants, en exposant : 1° qu'elle est conseillée par la prévoyance ; 2° qu'elle est commandée par l'hygiène ; 3° qu'elle est profitable à la morale.

« Dans le second paragraphe, il exprime le désir que l'État établisse, dans chaque département, une ou plusieurs maisons de

travail, et des colonies agricoles dans des localités nombreuses, où il existe des terrains inexploités que pourrait fertiliser la culture.

« L'auteur ne pouvait terminer son ouvrage en abordant un sujet plus important.

« En résumé, messieurs, le travail, dont nous venons de vous rendre compte, est une œuvre d'un grand mérite.

« La deuxième section a l'honneur de vous proposer :

« 1° De voter des remercîments à M. Fourcault, pour son intéressante communication;

« 2° De faire déposer honorablement son ouvrage dans la bibliothèque de la Compagnie ;

« 3° De porter son nom sur la prochaine liste des candidats aux places vacantes de membres correspondants étrangers;

« 4° Et si vous approuvez ce rapport, de lui donner de la publicité, en le faisant insérer dans le Bulletin de l'Académie.(Adopté.»)

Recherches sur le gutta percha ; par M. Victor Pasquier, membre titulaire.

Plusieurs journaux consacrés aux sciences médicales ont donné la relation des essais qui ont été tentés sur l'application du gutta percha aux cas de fractures. Ils ne nous ont rien appris concernant l'histoire naturelle de cette substance, et n'ont dit qu'un mot de ses propriétés physiques et chimiques, dont la connaissance fournit cependant les indications les plus utiles. Cette lacune m'a paru regrettable ; désireux de la combler, en me livrant en même temps à l'étude d'un corps qui paraît être appelé à rendre de grands services, sinon à la chirurgie, du moins aux arts et à l'industrie, j'ai fait beaucoup de recherches. Je crois qu'on me saura gré d'en consigner ici le résultat.

Dans un moment où le gutta percha occupe l'attention des chirurgiens de plusieurs pays, il en est sans doute quelques-uns parmi eux qui apprendront avec étonnement qu'ils n'ont peut-être expérimenté jusqu'ici qu'avec un des nombreux mélanges qu'on lui fait subir. La chirurgie préfèrera-t-elle l'un ou l'autre de ces mélanges à la substance elle-même ? L'expérience prononcera. Je pense, toutefois, que les essais doivent être faits d'abord avec le gutta percha tel que la nature le fournit. S'il ne peut être convenablement employé dans cet état, on cherchera les modifications qu'il doit subir, ou l'union qu'il a besoin de contracter ; car, en supposant qu'on vienne à rencontrer aujourd'hui dans le commerce une composition de ce corps, qui remplisse exactement le

but qu'on se propose, évidemment, si on ne la connaît pas, on s'expose à ne plus la retrouver dans quelque temps.

Historique.— C'est à M. le docteur Montgomerie, d'Edimbourg, que l'on doit l'importation en Europe du gutta percha. En 1822, étant de service à Singapore comme aide-chirurgien de la résidence, M. Montgomerie commença à recueillir quelques renseignements sur cette substance, peu connue des Malais eux-mêmes, si ce n'est de ceux qui résident dans quelques districs frontières. Au moment où il s'occupait de recherches sur les diverses espèces de caoutchouc, surtout sur celle qui est appelée *gutta girek*, on lui apprit qu'il y en avait une autre sorte nommée *gutta percha* ou *gutta tuban*, plus dure que le gutta girek, et dont on faisait principalement des manches de couperets à bois. Toutefois, ce ne fut qu'en 1842, qu'il put s'en procurer des échantillons, qu'il s'empressa de soumettre à divers essais, et d'envoyer en Europe pour y être examinés. C'est à partir de cette époque, qu'on a prêté attention au gutta percha.

Synonymie.— Gutta percha; gutta tuban; gomme percha; gomme gettenia (1).

Ces noms me paraissent mal appropriés à la nature de la substance à laquelle ils s'appliquent. Bien que l'expression de résine percha serait moins impropre, je lui préfère néanmoins celle de *percharium*, que je propose de conserver et que j'emploierai dans la suite, parce qu'elle répond aux exigences de la science et se prête à la commodité du langage : je dirai donc le percharium, du percharium, absolument comme nous disons de l'opium, du lactucarium.

Prononciation.— On prononce généralement mal le mot *percha*. Le *ch* ne doit pas être articulé comme un *k*, mais comme le *ch* dans le mot français *perche*. — *Gettenia* se prononce *guettœnia*.

Orthographe. —N'écrivez pas *gutta-perca*, et encore moins *gutta-perka*, ainsi que plusieurs l'ont fait, mais bien *gutta percha*.

Etymologie.— Les mots gutta percha sont purement malais : *gutta* signifie gomme ou suc concret, et *percha* est le nom de l'arbre qui produit ce suc.

Origine. — L'arbre forestier qui produit le percharium se nomme *Percha;* cependant, à Sarawak, les naturels l'appellent *Niato*. Il est très-commun dans différents points de l'île de Singapore, dans les forêts de Johore, à l'extrémité de la péninsule malaise, à Coti, sur la côte sud-est de l'île de Bornéo, et à Sarawak, sur la côte occidentale. Suivant le rév. Ed. White, cet arbre doit être rapporté aux sapotacées, et selon M. Itier, qui a accompagné

(1) Quelques-uns écrivent *gettania*.

la mission française en Chine, il appartient à la famille des artocarpées. Voici la description qu'en a donnée le premier de ces savants : « Il a le tronc droit et élevé, d'environ trois pieds de diamètre à la base (1), avec des branches nombreuses. Son bois est dur ; les feuilles sont alternes, pétiolées, oblongues, légèrement pointues au sommet, coniques à la base, longues de cinq à six pouces ; la surface inférieure est d'un brun rouge, couverte d'un duvet épais, ainsi que les côtés et le pétiole. Les fleurs axillaires, sessiles, insérées par quatre en un calice petit et blanc, persistant, à six divisions, en double série, les extérieures plus grandes.

« Corolle monopétale, six divisions, les lobes de 1/4 de pouce, et les tubes de 1/8 de pouce de longueur ; caduque.

« Douze étamines en une seule série, égales, insérées à l'ouverture du tube. Les filets égaux en longueur au lobe de la corolle. Les anthères sagittées, fixées par leurs bases aux filets. Pollen peu abondant. Ovaire supérieur, conique, sessile, placé sur un disque, six cellules, chaque cellule contenant un seul ovule suspendu à un axe central ; filament prononcé. »

D'après un autre savant dont le nom m'est échappé, on peut extraire du fruit du percha une huile concrète qui est bonne à manger et dont les naturels se servent avec leur nourriture.

Sir William Jackson Hooker, directeur du jardin royal de Kew, vient tout récemment, de son côté, de faire la détermination spécifique de l'arbre qui produit le percharium. Il confirme l'opinion précédemment émise, que cet arbre appartient à la famille des sapotacées, et il le rapporte au nouveau genre *isonandra* que M. le docteur Wight a fondé. Quant à l'aspect général, l'arbre s'accorde entièrement avec les *isonandra ;* il paraît n'en différer que par le nombre des parties de la fleur, qui est tétramère dans les espèces décrites par le docteur Wight, et hexamère dans le percha. M. Hooker propose de l'appeler *isonandra gutta* (2).

Extraction. — Lorsqu'on pratique des entailles dans l'écorce du percha, le percharium en exsude sous la forme d'un suc laiteux qui ne tarde pas à se durcir à l'air. C'est de cette manière qu'on devrait le recueillir ; mais les Malais emploient un procédé beaucoup plus expéditif et qui consiste à abattre des perchas de 50 à 100 ans, à les dépouiller de leur écorce et à en recueillir le suc qu'ils versent dans des auges de bois. On dit qu'un percha de cet âge ne fournit pas plus de 12 à 13 kilogrammes de percharium, tandis qu'on pourrait faire durer la récolte pendant bien des années,

(1) Il en est qui disent qu'il atteint jusqu'à deux mètres de diamètre.
(2) Voyez à la fin de cet écrit (*note* A), la description qu'il en donne.

soit en saignant ces arbres pour en obtenir le suc, soit en suivant la méthode employée pour extraire la résine des pins.

Quoique l'arbre qui produit le percharium soit très-abondant, cette substance deviendra peut-être rare d'ici à peu de temps, si le mode désastreux d'exploitation, aujourd'hui adopté, continue.

Adresses. — Depuis 1842, le commerce trouve annuellement à Singapore plusieurs centaines de tonneaux de percharium, tellement on le recueille en énorme quantité. On peut aujourd'hui s'en procurer à volonté à la Compagnie anglaise qui l'exploite. Voici son adresse : *Gutta percha company's offices*, 11 ; *East-India chambers, Leadenhall-Street, London.* M. Bruylant-Christophe, rue de la Madelaine, n° 53, à Bruxelles (*au magasin de caoutchouc*), en tient également ; il le vend en plaques, au prix élevé de 12 francs 50 centimes le kilogramme.

Composition. — Voulant déterminer si le percharium était ou n'était pas une variété du caoutchouc, M. Douglas-Maclagan l'a soumis aux procédés ordinaires de l'analyse élémentaire. Il a obtenu pour sa composition, sur 100 parties :

Carbone. . .	86,36
Hydrogène. .	12,15

« Le reste 1,49 étant très-probablement de l'oxygène absorbé à l'air pendant les procédés de purification auxquels la matière a été soumise, puisqu'elle a acquis une couleur brune pendant qu'on la chauffait au bain de vapeur. »

M. Soubeiran a aussi analysé le percharium. D'après lui, il contiendrait :

12 pp. carbone . . .	87,8
20 pp. hydrogène. .	12,8

La seule analyse de caoutchouc qui soit connue, est celle de M. Faraday, qui en a retiré :

Carbone. . .	87,2
Hydrogène. .	12,2

Les résultats, dans ces trois cas, sont assez voisins les uns des autres, pour autoriser à conclure que le percharium et le caoutchouc sont génériquement les mêmes ; aussi n'est-on pas éloigné de croire à l'identité de composition de ces deux substances.

M. Douglas-Maclagan a aussi trouvé que le percharium donne à la distillation, jusqu'à destruction, les mêmes produits que le caoutchouc ; que tous deux fournissent également une huile claire, jaune, limpide, n'ayant pas de point d'ébullition fixe, et étant, par conséquent, un mélange de différents principes oléagineux. Dans les deux cas, la distillation s'opère au mieux entre 180° et 200° c., et semble presque stationnaire à 196°. Des analyses comparatives

de portions similaires des deux huiles ont été faites, et ainsi qu'on le savait déjà du caoutchouc, les produits ont une constitution représentée par la formule $C^{10} H^{8}$. Le percharium serait donc en réalité une modification du caoutchouc.

Selon Soubeiran, il contiendrait au moins cinq substances différentes : le gutta percha pur, un acide végétal, de la caséine, une résine soluble dans l'éther et dans l'essence de térébenthine, une résine soluble dans l'alcool.

Propriétés physiques. — Le gutta percha, ou percharium, lorsqu'il découle de l'arbre qui le fournit, se présente sous la forme d'un suc laiteux qui ne tarde pas à se concréfier par son exposition à l'air. Pendant quelque temps, le commerce l'a livré liquide, mais aujourd'hui on l'y rencontre généralement solide, surtout dans la vente en détail. Sous ce dernier état, il a une couleur jaunâtre pâle ou plutôt blanc sale, une texture fibreuse, dure et cornée, une consistance analogue à celle du bois, quoique pouvant recevoir l'impression de l'ongle ; il est opaque, presque inodore, insipide, à peu près aussi gras au toucher que le savon blanc, excessivement tenace, c'est-à-dire présentant une force d'adhérence considérable, sans être poisseuse, flexible lorsqu'il est en plaques qui ne sont pas trop épaisses, mais non élastique (1). Comme le caoutchouc, il enlève au papier les traits de crayon. Bien qu'il oppose beaucoup de résistance aux instruments dont on se sert pour l'entamer, même à la scie, j'ai été surpris de la facilité avec laquelle il se laisse diviser par la pointe d'une bonne serpette.

Un morceau de percharium, de 3 millimètres d'épaisseur, a porté aisément, à l'état froid, un poids de 20 kilogrammes, et n'a rompu que quand on l'a chargé d'un poids de 25 kilogrammes.

Le percharium est beaucoup plus léger que l'eau et plus dense que le caoutchouc. Sa pesanteur spécifique est de 0,9791.

Calorique. — Si, à la température ordinaire, l'extensibilité du percharium est presque complétement nulle, en revanche, elle est tellement considérable lorsqu'il a été ramolli par la chaleur, par la vapeur d'eau ou par l'eau chaude, qu'on peut le filer d'une manière continue, comme on file le verre fondu. Dans cette circonstance, il possède toute l'élasticité du caoutchouc ordinaire, mais, contrairement à ce dernier, il la perd bientôt en se refroidissant. Nous ferons connaître plus amplement cette propriété du percharium lorsque nous traiterons de l'action de l'eau sur ce corps.

Le percharium est éminemment combustible ; il brûle en produisant beaucoup de flamme et de fumée et laissant fort peu de

(1) Voir la *note* B placée à la fin.

cendres (1). Si on arrête un instant la combustion, on remarque qu'il a produit, pendant celle-ci, un liquide d'un brun foncé, visqueux et épais.

Eau. — Le percharium est insoluble dans l'eau ; cependant, lorsqu'on le pétrit dans ce liquide chaud, il le colore légèrement, ce qui doit être attribué aux impuretés qu'il renferme et dont on le débarrasse ainsi en grande partie. C'est un moyen de le purifier.

L'eau à 43° c. est sans effet sur le percharium, excepté qu'il reçoit plus facilement l'impression de l'ongle ; mais lorsque la température est élevée à 62° ou au-dessus, il devient mou peu à peu. Dans l'eau presque bouillante, il se ramollit au point de se laisser pétrir comme de la cire molle ou de la terre glaise, ce qui permet de le laminer en longues feuilles ou plaques, et de lui donner toutes les formes désirables et qu'il conserve à toutes les températures au-dessous de 45°. Ainsi ramolli, il s'unit intimement avec lui-même, c'est-à-dire que plusieurs morceaux séparés peuvent être facilement confondus de façon à n'en plus former qu'un seul parfaitement homogène ; il s'étire en lames aussi minces que du papier et ayant l'apparence d'une membrane animale. Son refroidissement a lieu vers 55 à 60° centigrades ; il reprend alors sa dureté primitive en devenant tenace comme du parchemin. Une boule de 25 millimètres de diamètre a été complétement ramollie par de l'eau chaude en dix minutes, et a repris toute sa dureté en moins d'une demi-heure. Le percharium paraît capable de subir ces alternatives de ramollissement et de durcissement un nombre quelconque de fois sans éprouver de changement dans ses propriétés.

Il est complétement imperméable à l'eau, et inattaquable par ce liquide et l'humidité. On rapporte qu'il n'a éprouvé aucune détérioration par l'effet du climat chaud et humide du détroit de Malacca, tandis que les bougies, les cathéters et autres instruments de chirurgie faits en caoutchouc ne tardent pas à s'y ramollir, à devenir poisseux et à n'être plus bons à rien.

Liquides divers. — A la température ordinaire, le percharium est insoluble dans l'alcool, les huiles grasses et l'éther ; à chaud, ce dernier corps en dissout une certaine quantité.

Dissolvants. — On peut opérer la solution du percharium par les mêmes dissolvants que ceux du caoutchouc : ainsi, à l'aide de la chaleur, il se dissout, en tout ou en partie, dans les huiles de houille, de goudron et de caoutchouc, dans le chloroforme, le sulfure de carbone, le pétrole et la plupart des huiles essentielles ; mais on emploie de préférence, pour cette dissolution, le naphte

(1) Nous avons déjà indiqué les produits qu'il donne à la distillation sèche.

rectifié et l'huile de térébenthine. Sa solution dans ces deux dernières substances se fige sous la forme d'une gelée à la température de 13° centigrades et redevient liquide à 18°. Le percharium se dissout mieux dans le naphte que dans l'huile de térébenthine. Toutefois, selon M. Monat, son véritable dissolvant serait l'huile de térébenthine, qui forme avec beaucoup de facilité une solution claire et incolore, dont on peut séparer le percharium à l'état de pureté, par la distillation du véhicule.

Propriétés chimiques. — Les propriétés chimiques du percharium sont à peu de chose près les mêmes que celles du caoutchouc.

Exposé à l'action de l'air et de la lumière, il brunit en s'oxygénant.

A la température ordinaire, les solutions de potasse et de soude caustiques, et l'ammoniaque liquide sont sans action sur lui. Il en est de même des acides acétique, chlorhydrique, azotique et sulfurique. Toutefois, l'acide azotique lui communique une légère teinte jaunâtre, et l'acide sulfurique une couleur brune rougeâtre.

Parallèle. — Le percharium est une substance voisine du caoutchouc, avec lequel il a la plus grande analogie. Il suffira, pour s'en convaincre, de comparer entre elles les principales propriétés et la composition de ces deux corps. Toutefois, le percharium diffère du caoutchouc ordinaire sous plusieurs rapports : ainsi, il est plus dense que lui ; plus tenace et moins poisseux à l'état solide; plus plastique et moins adhésif à l'état mou ; moins affecté par la température atmosphérique, par l'humidité, par les huiles grasses, etc., etc. La particularité la plus remarquable et la plus distinctive qu'il présente consiste dans l'effet que l'eau chaude exerce sur lui, et qui permet de le travailler comme de la cire molle.

Mélanges. — Lorsqu'on veut faire acquérir au percharium un certain degré d'élasticité, on y incorpore soit du caoutchouc, avec lequel il s'allie très-bien, soit du soufre, soit ces deux substances à la fois.

On lui donne de la douceur en y mélangeant de la craie de Briançon (talc-stéatite) ou autre poudre très-douce.

On le rend rude et mordant, en y ajoutant de l'émeri, du sable ou autres corps durs à l'état de grains.

Indépendamment des substances précitées, on incorpore encore avec le percharium, de l'asphalte, de l'ocre, du plâtre, de la calamine pulvérisée, de la sciure de bois, du liége en poudre, des râpures de cuir, de la gélatine, de la mélasse, de la colle forte, enfin de l'orpiment, du foie de soufre, de l'alun, du sulfure d'anti-

moine, du chlorure de zinc, etc., suivant qu'on veut rendre les articles que l'on en fabrique plus flexibles, plus doux, plus durs, d'un prix moins élevé, ou y apporter telle ou telle modification qu'on juge convenable.

On peut aussi donner à peu près toutes les couleurs aux objets confectionnés avec le percharium seul ou à l'état de mélange, en y introduisant diverses matières colorantes.

Usages. — Le percharium n'étant pas attaqué par les matières grasses, les huiles et les liqueurs acides ou alcalines, est particulièrement propre à la fabrication des instruments de chirurgie, tels que cathéters, bougies, sondes, tubes laryngiens, seringues, pessaires et autres articles analogues.

Un chirurgien qui sera pourvu d'un morceau de percharium pourra aisément, avec un peu d'eau chaude, façonner à l'instant même une bougie ou un pessaire de forme et de dimension quelconques.

La plupart des objets, formés de percharium seul ou mélangé avec d'autres substances, possèdent en commun cette propriété précieuse, savoir, qu'après avoir servi, on peut en retirer le percharium qu'ils renferment avec une perte peu sensible ou même nulle, et rendre cette substance propre à entrer dans la fabrication de nouveaux produits du même genre.

S'il est nécessaire que ces objets possèdent plus ou moins de flexibilité, on les expose à la vapeur du soufre en combustion, ou on les plonge soit dans un bain de ce corps, soit dans de l'eau chargée d'acide sulfureux.

M. Ch. Hancock a observé que le percharium, tant à l'état sulfuré que non sulfuré, acquiert la douceur moelleuse du velours et un éclat presque métallique, lorsqu'on l'expose, pendant une minute ou deux, à l'action du gaz bioxyde d'azote, ou bien qu'on l'immerge dans une solution bouillante et concentrée de chlorure de zinc, durant une période de temps qui varie de une à cinq minutes, suivant la force de la solution. Dans l'un et l'autre cas, on le lave ensuite avec soin dans une solution alcaline ou dans de l'eau de pluie.

Selon M. Bewley, quand on a simplement enduit de caoutchouc les pièces flexibles faites en toute autre substance que le caoutchouc, on les recouvre, à l'extérieur et à l'intérieur, d'une couche de percharium qui les empêche de rester poisseuses, et les fait résister à l'action des matières grasses et des huiles qui attaquent le caoutchouc, lorsqu'il n'est pas ainsi protégé.

Le percharium sert à la fabrication de divers tissus élastiques, qui sont imperméables sans être poisseux comme ceux de caout-

chouc. On en fait des attelles, des bandages, des rubans, des galons, des lacets, des chapeaux, des sacs, des paniers, des fouets, des cannes, des cadres, des poignées de sabre et des manches de couteaux, des flûtes, des bouchons, des boyaux à incendie, des bottes et des pardessus. Il sert à prendre des empreintes de médailles, à garnir des chaises et des fonds de lit, à faire du papier et de la toile d'emballage, enfin à un nombre infini d'usages.

On a proposé de le mélanger avec du menu de houille et du goudron des usines à gaz, avec les mêmes substances et de la sciure de bois, etc., pour en faire divers combustibles artificiels.

Parmi les usages nouveaux auxquels le percharium pourrait être appliqué, on cite particulièrement son emploi pour préserver les dents gâtées et cariées de toute décomposition ultérieure.

M. le professeur Wheatstone compte s'en servir pour revêtir le fil de cuivre destiné à traverser le Pas-de-Calais, dans l'établissement du télégraphe galvanique dont il s'est réservé la direction.

MM. Brockedon et Th. Hancock disent avoir frbriqué un article qui ressemble beaucoup à l'éponge, en mêlant à une solution de percharium ou de ses composés une solution de chloride de soufre.

Notes. — *Note* A. Voici la description que Sir William Jackson Hooker a donnée de l'arbre qui produit le percharium :

« Isonandra gutta : foliis longe petiolatis, obovato-oblongis, coriaceis, integerrimis, acuminatis, subtus aureo-nitentibus, parallelo-venosis, basi attenuatis; floribus axillaribus fasciculatis, pedunculis unifloris, calycis lobis imbricatis obtusis, corollæ subrotatæ lobis 6-ovatis patentibus, staminibus 12.

« Habite les montagnes de Singapore, et paraît se trouver à Bornéo (sur l'autorité de Sir James Brocke) et dans les autres îles malaises.

« Arbor 40-pedalis, lactiflua, ramis junioribus subrufo-pubescentibus, teretibus. Folia alterna, subcoriacea, obovata, integerrima, brevi-acuminata, basi in petiolum longum gracilem attenuata, pennivenia (venis arctis, parallelis, horizontali patentibus), supra viridia, snbtus aureo-nitentia. Flores axillares. fasciculati, subnutantes, pedunculati. Pedunculi perbreves, uniflori. Calyx subovato-campanulatus, profonde 6-fidus, lobis biserialibus ovatis, obtusis, subaureo-nitentibus. Corolla subrotata; tubo brevi vix calycem superante; limbo 6-partito, lobis ovatis seu ellipticis, obtusis, patentibus. Stamina 12 ad faucem corollæ inserta, uniserialia. Filamenta æqualia, filiformia, lobis corollæ longiora. Antheræ ovatæ, acutæ, extorsæ. Ovarium, globosum, subpubes-

cens, 6-loculare, loculis omnibus uniovulatis (?) : stylus longitudine staminum, filiformis. Stigma obtusum. Fructus calyce persistente suffultus; bacca dura, ovato-subglobosa, 6-locularis, loculis 4-abortientibus absoletis, 2-fertilibus monospermis. Semina (vix matura) ad angulum interiorem loculi inserta. »

Note B. Selon M. Solly, « les échantillons de percharium, parvenus en Angleterre, sont sous deux formes : les uns ont l'apparence de rognures de cuir blanc ; les autres, de rouleaux solides qui, coupés en travers, laissent apercevoir les couches minces dont la réunion a formé la masse entière. Ces masses sont loin d'être pures : une grande quantité de sciure de bois et d'autres débris végétaux et de terre se laissent voir dans la masse. »

Voici comment M. Soubeiran décrit un échantillon de percharium qu'il a reçu de M. le ministre du commerce de France : « Le gutta percha, apporté par la mission de Chine, a la forme d'un pain rond, un peu aplati à sa base ; il semble, au premier abord, qu'il ait été recouvert par une enveloppe de peau ; un examen plus attentif fait voir qu'elle n'est autre chose que la matière elle-même plus desséchée. En coupant le pain en deux, on voit qu'il a été formé par une matière encore molle, qui a été apportée en plusieurs fois, et dont les diverses parties forment des couches superposées ; la consistance est tenace et comme membraneuse. L'odeur est celle du vieux fromage, elle est très-tenace. On y reconnaît cependant quelque chose de l'odeur du cuir. On ne trouvait pas cette odeur dans un échantillon venu de Londres, et que j'ai dû à l'obligeance de M. Calvert. »

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

FÉV. 1848.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	747,44	2,2	5,9	0,5	10,82	NNE.-NNO.	Beau dégel, mais temps sale.
2	761,98	0,5	3,9	— 0,7	0,25	OSO.	Sombre, doux.
3	770,29	2,4	4,7	1,8	».	OSO.	Nuageux, assez beau.
4	767,06	2,3	5,5	0,7	»	OSO.-SO.	Beau ; vent le soir.
5	764,11	5,3	6,3	2,9	0,51	OSO.	Sombre ; pluvieux, vent.
6	760,21	7,0	7,6	6,2	5,35	OSO.-O.	Sombre, pluvieux.
7	759,68	5,7	8,0	2,7	5,09	ONO.-OSO.	Sombre, pluvieux.
8	753,55	6,3	7,5	6,2	11.58	O -ONO.-OSO.	Sombre.
9	740,25	6,4	8,6	5,6	5,09	SO.-OSO.	Pluvieux le matin ; nuageux le soir. Vent fort.
10	734,68	5,4	9,7	4,7	1,91	SO.-SSO.	Variable, pluie.
11	728,51	6,0	7,9	4,5	2,80	S.-SO.-NO.	Sombre, pluie.
12	754,42	4,7	7,4	2,9	1,15	ONO.-O.-SO.	Sombre le matin ; beau le soir.
13	762,80	5,7	8,4	3,4	»	SO.	Sombre le matin ; beau le jour.
14	759,43	7,0	9,6	4,7	»	O.-SSO.	Beau.
15	750,80	8,7	11,1	7,7	»	SSO.	Beau.
16	749,82	5,8	12,0	5,5	0,64	O.-N.	Pluvieux.
17	761,41	4,8	6,7	3,1	3,82	N.	Sombre.
18	767,77	0,8	5,5	0,6	»	NNE.-E.	Couvert.
19	757,13	0,4	2,3	— 1,5	»	SO.	Sombre, neigeux.
20	743,16	2,7	4,5	0,4	1,78	SSO.-N.	Sombre ; pluie pendant toute la soirée.
21	751,95	2,8	5,7	2,2	4,83	NO.-ONO.-OSO.	Assez beau.
22	747,50	4,5	6,3	3,0	0,64	SSO.-SO.	Humide, pluvieux ; vent le soir.
23	735,48	6,9	9,1	5,3	2.55	OSO.-O.	Pluvieux par intervalles, vent.
24	743,78	6,8	9,1	5,8	0,64	OSO.	Sombre, pluie fine par intervalles ; vent.
25	738,98	10,3	11,9	7,4	0,64	SO.	Variable, vent.
26	731,14	10,0	11,9	6,9	4,46	SO.-OSO.	Sombre, pluvieux ; bourrasques très-violentes.
27	737,01	10,3	13,5	6,3	11,20	SO.-OSO.	Variable, bourrasques.
28	743,39	8,9	14,0	7,2	12,09	OSO.	Variable, vent.
29	747,53	6,2	10,5	5,2	0,76	OSO.-SSO.	Variable, vent.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Observation d'un érysipèle très-intense chez un enfant de neuf jours, suivi de guérison, avec des remarques sur l'emploi de la belladonne dans le traitement de cette maladie;* par P. Yvaren, D. M. P. à Avignon.

(Revue médico-chirurgicale, mars 1848.)

> Cet érysipèle est presque invariablement mortel, le premier mois de la vie.
>
> TROUSSEAU.

J'avais lu le Mémoire publié sur cette maladie, par M. le professeur Trousseau, dans le *Journal de médecine*, janvier 1844, et l'impression qu'avait faite sur moi le fatal pronostic exprimé dans les mots que j'ai choisis pour épigraphe était encore profonde, lorsque j'eus à vérifier sur ma propre nièce, enfant de neuf jours, si la rigoureuse sentence était inflexible.

Mes appréhensions étaient grandes, et l'épreuve curative fut longue. Durant quarante-cinq jours, du 15 août au 1er octobre, l'érysipèle se promena sur toutes les parties du corps frêle et délicat de la jeune enfant; son intensité fut extrême, et les accidents qu'il produisit tels, que deux fois nous crûmes être à la veille de voir expirer la malade. Cependant l'issue fut heureuse.

Comme cas exceptionnel, j'ai pensé qu'il y aurait intérêt à publier l'observation; car, outre les symptômes décrits par M. Trousseau, elle présente des traits nouveaux qui lui impriment une physionomie propre. D'ailleurs, en désespoir de cause, j'ai eu recours à un agent thérapeutique nouveau, du moins pour ces sortes de cas, et il ne sera pas inutile d'en discuter la véritable valeur.

Obs. — Marie Goudareau naît le 6 août 1844, après un travail qui n'a pas duré plus de trois quarts d'heure; elle est assez grande, potelée, elle a la peau très-blanche, et n'offre rien d'a-

normal dans sa personne. Après les premiers cris, elle s'endort d'un sommeil calme, dont elle ne sort que pour teter abondamment.

Tout allait au mieux ; la mère, tourmentée les premiers jours par quelques coliques, se trouva bientôt dans un état de bien-être parfait ; son lait était abondant et paraissait fort bon. (Elle avait précédemment nourri un beau garçon.) Le cordon ombilical s'était détaché le cinquième jour, et déjà sur ce point toute trace de travail éliminatoire paraissait éteinte.

Le 15 août, dans l'après-midi, l'enfant, qui jusque-là n'avait ni pleuré ni crié, commença à gémir, son front devint chaud, son sommeil plus profond, et elle fut prise d'une fièvre assez intense. Cependant elle continua à bien teter ; dans la soirée elle parut mieux ; et la nuit se passa dans un état assez satisfaisant.

Le 16, dans l'après-midi, les accidents de la veille se renouvellent ; l'enfant rejette plus souvent le lait qu'elle tette.

Le 17, à midi, la garde s'aperçoit, en l'emmaillotant, qu'un érysipèle s'est développé à la partie postérieure du tronc et s'étend de là sur la cuisse gauche, laquelle est tuméfiée et endurcie ; ces parties offrent une rougeur très-ardente et une forte chaleur qui contraste avec le froid des pieds. (*Larges onctions sur ces parties d'heure en heure avec de la graisse blanche.*) Dans la journée, l'érysipèle gagne la vulve, la région pubienne et la cuisse droite.

A huit heures du soir, l'enfant est très-affaiblie ; sa figure porte l'empreinte de la souffrance et de l'anxiété ; sa tête est brûlante, ses mains froides ; l'exanthème occupe la partie inférieure du tronc en entier, la cuisse et la jambe gauches jusqu'à la cheville, la cuisse droite jusqu'au-dessous du genou ; la vulve, très-tuméfiée, est d'un rouge luisant. Aux lombes, aux fesses et à la cuisse gauche, des bandes violacées se dessinent sur un fond écarlate ; la cuisse gauche, plus tuméfiée que la droite, offre au toucher une dureté extrême. Pouls petit, très-rapide, battant au moins 130 fois par minute ; soif vive. (On ajoute aux prescriptions précédentes, *une solution de* 1 *goutte de teinture alcoolique de belladone dans* 100 *grammes d'eau sucrée, à prendre par cuillerée d'heure en heure.*)

Le 18. La nuit a été meilleure qu'on n'osait l'espérer. Lenfant a continué à bien teter ; elle a eu des selles naturelles, jaunes, liées ; tête moins chaude, chaleur fébrile plus faible, pouls très-fréquent et petit ; visage meilleur, œil vif, langue nette. L'érysipèle a marché vers le haut jusqu'à l'ombilic, qu'il dépasse de

quelques centimètres; il s'est étendu en bas sur le pied gauche et jusqu'au tiers inférieur de la jambe droite; la vulve est toujours volumineuse et rouge; mais la région lombaire a pâli, et des espaces d'un rose pâle apparaissent sur les fesses et sur les cuisses. (*Continuation du même traitement.*)

Dans la journée, un temps d'arrêt semble s'être fait dans la marche de l'éruption; elle n'a envahi que les orteils du pied gauche. A huit heures du soir, l'enfant est éveillée; elle dirige très-bien son regard du côté de la lumière; sa tête et ses mains ont une chaleur presque naturelle. L'état du pouls ne s'est cependant pas amélioré. La potion belladonée a été achevée, et, depuis son usage, le lait n'a plus été rejeté.

Le 19. Le mieux se soutient durant la matinée et la majeure partie de la journée; toute la surface de la peau recouverte par l'érysipèle est d'une couleur rose-pâle, qui ne passe au vif que lorsque l'enfant crie ou s'agite, ce qu'elle fait dans les moments où on la remue pour la frictionner. Quelques plaques d'un rouge foncé se détachent cependant encore sur le pied gauche et sur la partie supérieure de la jambe droite. La région pubienne n'est plus tendue; la cuisse gauche a perdu de sa dureté et de sa tuméfaction. La tête n'offre pas de chaleur; la température du corps est peu élevée; mais le pouls offre la même petitesse, la même rapidité. (*Frictions d'axonge de deux en deux heures; une cuillerée de la potion belladonée toutes les deux heures.*)

Le 20. Nuit calme. Marie a bien dormi et bien teté; apyrexie, même petitesse, mais moins de fréquence dans le pouls. Le pied gauche est toujours rouge; à droite, l'érysipèle s'est arrêté au cou-de-pied. C'est vers le haut du corps qu'il a repris sa marche; il a reparu au point où il s'était limité; il y occupe une zone de trois travers de doigt de hauteur, qui ceint tout le tronc à sa partie moyenne. La teinte en est d'un rouge moins vif.

Les parties abandonnées par le mal ont une coloration légèrement bleuâtre. La cuisse gauche, affaissée à sa partie interne, est toujours fort dure dans sa moitié externe. (*Mêmes prescriptions.*)

Le 21. En bas, l'érysipèle a gagné le pied droit; en haut, il s'élève jusqu'au cou en s'élargissant d'une épaule à l'autre; tout le dos, tuméfié, durci, présente un engorgement du tissu cellulaire, analogue à celui qui a existé aux cuisses. (*Mêmes prescriptions; cataplasmes sur la cuisse gauche.*)

Le 22. La cuisse gauche a perdu de sa dureté; les extrémités inférieures ont beaucoup pâli; le mal recouvre les épaules, s'avance sur le devant de la poitrine et gagne le cou. (*La dose*

de la teinture alcoolique de belladone est portée à 2 gouttes.)

Le 23. L'érysipèle couvre la nuque, l'oreille droite et une partie du devant de la poitrine ; il atteint le niveau des clavicules; les seins de la petite malade ont plus que doublé de volume et acquis une fermeté extrême.

Le 24. Le devant de l'oreille droite, le bas du menton et le dessous de l'oreille gauche sont les points nouveaux occupés depuis hier. Le mal semble perdre de sa force; sa coloration est de moins en moins foncée; la chaleur qu'il détermine moins élevée; les parties qu'il abandonne pâlissent très-vite; au cou, à l'oreille, à la face, il ne se complique pas d'*endurcissement*; ainsi, les seins se sont rapidement affaissés, tandis que l'engorgement des cuisses persiste encore, bien que ces parties aient perdu leur dureté de marbre et qu'elles présentent plus d'élasticité. La peau du ventre est moins dure, moins tendue.

Le pouls ne donne pas plus de 90 pulsations et offre plus de consistance.

J'ai pu, un de ces jours derniers, faire une remarque qui prouve à quel point le sens du goût se développe rapidement chez les enfants, dès les premiers jours de leur existence. La garde s'étonnait de voir Marie rejeter la tisane d'orge par un effort de vomissement évidemment volontaire, accompagné d'un petit gémissement qui semblait annoncer une action raisonnée, tandis qu'elle avalait avec empressement la cuillerée de potion. J'eus l'idée de goûter la décoction d'orge; on avait oublié de la sucrer ; l'oubli réparé, Marie la but à merveille.

Le soir, l'érysipèle avance sur les joues jusqu'au niveau des pommettes; à 3 heures s'était déclaré un mouvement fébrile, caractérisé par de l'agitation générale, de la chaleur à la tête, de l'augmentation dans la température du corps. Un semblable mouvement s'observait habituellement; il revenait à 4 ou 5 heures du soir, quelquefois dans la nuit, et coïncidait avec chaque mouvement de progression de l'érysipèle.

Le 25. L'occiput et la partie supérieure de la tête, les deux bras jusqu'au coude, ont été envahis.

Le 26. L'érysipèle s'est porté sur les avant-bras jusqu'au poignet; il colore aussi d'une légère teinte rouge le haut des joues et le nez ; mais sur ces derniers points on dirait qu'il ne fait plus que se poser et glisser sur la peau, sans avoir la force d'en pénétrer l'épaisseur. La cuisse gauche est beaucoup plus souple ; la droite est encore assez dure; les nymphes se sont affaissées. Les pieds sont pâles et présentent, surtout au cou-de-pied, la blancheur transparente et les autres caractères de l'œdème. Si l'un

des talons reste appuyé sur quelque point de leur surface, il y détermine une dépression profonde, lente à s'effacer.

Le 27. La rougeur érysipélateuse a disparu du visage ; elle existe encore assez vive au-dessus du poignet gauche, elle y est accompagnée d'un peu d'œdème. L'œdème, d'ailleurs fort léger, qui entourait hier le poignet droit, s'est promptement terminé par résolution; il abandonne également la cuisse gauche, mais persiste encore à la droite et aux pieds.

Le 28. Toute l'éruption se concentre à la main gauche et y produit une rougeur et un endurcissement considérables.

Le 29. Même état de la main gauche; l'une et l'autre jambes ont augmenté de volume et de dureté, et la droite est le siége d'une rougeur luisante assez vive. Le visage exprime la souffrance et l'abattement. (*Vésicatoire au bras; 25 centigrammes de sel de nitre dans deux verres de décoction de chiendent, à prendre dans les 24 heures.* Par erreur, une plus grande quantité de nitrate de potasse fut employée, 50 à 60 centigrammes).

Le soir, la rougeur de la jambe s'est dissipée, la main gauche a pâli. Les parties sont toujours fortement engorgées, et elles ont pris une teinte violacée.

Le 30. Selle abondante, diarrhéique, verdâtre; rejet d'une petite quantité de lait; mouvement fébrile. Cependant l'enfant tette toujours bien. (*Lavement d'eau de lin, matin et soir; cataplasmes sur l'abdomen; envelopper les jambes dans du coton.*)

Le 31. Quatre selles liquides, très-vertes, à la suite desquelles la fièvre augmente et les traits de la face se décomposent. Cependant la langue est humide, le ventre souple; l'érysipèle, d'un rouge foncé, est borné à la partie supérieure du pied gauche; la peau de la main gauche est affaissée, comme flétrie; l'enflure des pieds persiste, mais celle des jambes a diminué. (*Orge et sirop de gomme; cataplasmes sur l'abdomen; un lavement de lin amidonné, toutes les quatre heures.*)

Le soir, le facies est meilleur; il n'y a plus de diarrhée.

Le 1er, le 2 et le 3 septembre. L'érysipèle et l'endurcissement se reproduisent alternativement sur un pied ou sur l'autre, et par moment les occupent simultanément; la fièvre reste assez forte; les selles sont naturelles; les urines copieuses; l'enfant tette toujours bien.

Le vésicatoire, précédemment placé au bras, n'avait produit aucun effet au bout de 48 heures. Deux nouveaux emplâtres, fortement saupoudrés de cantharides, furent tenus appliqués sur les bras durant le même laps de temps; et cependant ils ne produisirent aucune rougeur.

Le 4, à 11 heures du matin, l'enfant est mise dans un bain de pariétaire; elle y demeure 25 minutes, et après en avoir été retirée, elle s'endort d'un sommeil calme; mais à 2 heures, on s'aperçoit que toute sa figure est fortement colorée. Le front et tout le corps sont chauds; la tête s'agite continuellement de droite à gauche. Bientôt la rougeur de la figure diminue; elle s'éteint au bout d'une couple d'heures. Le soir, le mouvement fébrile était revenu au même degré que le matin et que les jours précédents.

Le 5, à 2 heures, et de même à la suite d'un bain, l'enfant pâlit; tout son corps est agité d'un tremblottement caractéristique; la figure, la tête et le nez deviennent très-froids, les extrémités, et surtout la main droite conservent leur accroissement de température; bientôt la face se couvre de la même rougeur que la veille, et tout le corps devient uniformément chaud; la période de chaleur se prolonge fort avant dans la soirée, mais aujourd'hui, pas plus qu'hier, elle n'est suivie du stade du sueur. (Dans la soirée, on donne à la malade 2 *grains de sulfate de quinine dissous dans du sirop de gomme; on supprime les bains, les lavements et le cataplasme.*)

Le 6. Marie a dormi toute la nuit et ne s'est réveillée qu'une fois pour teter; le pouls conserve encore de la fréquence, mais la peau reste à une température très-modérée, et l'accès ne se renouvelle pas. *(Cinq centigrammes de sulfate de quinine.)*

Le 9. L'état de bouffissure qui existait sur tout le corps s'étant dissipé, la petite malade apparaît alors d'une maigreur et d'une pâleur extrêmes; selles liées, colorées, partie en jaune, partie en vert; même fréquence du pouls; quelques traces de desquamation.

A 11 heures et demie, fraîcheur de toute l'enveloppe tégumentaire, descendant bientôt jusqu'à un degré notable de froid, puis suivie d'une réaction de chaleur, durant laquelle le visage se colore vivement. A 2 heures, le front et les pommettes étaient couvertes de gouttelettes de sueur; plus tard, cet appareil fébrile se dissipe, et à 8 heures du soir, Marie est fraîche et calme.

Le 10. Vers minuit, accès de fièvre en tout semblable au précédent; néanmoins la journée se passe bien; l'accès ne revient pas à midi; un vomissement mêlé de bile verte.

Le 11. Un second vomissement dans la nuit; le matin, pouls à 120; deux vomissements dans la journée. (*Cataplasme sur l'épigastre et la région du foie; tisane d'orge gommée, par petites cuillerées; diminuer l'allaitement.*

A 6 heures, à la suite d'un vomissement, je la trouvai extrêmement abattue, les mains froides, le pouls déprimé.

Le 12. Un seul vomissement pendant la nuit. Dès le matin, on voit reparaître et s'accroître l'œdème du membre inférieur droit; le pied et la jambe prennent une rougeur diffuse; le soir, la rougeur s'éteint, mais l'enflure persiste; toute la peau du corps est sèche, rude, comme pulvérulente; çà et là, quelques indices de desquamation; selles jaunes, de consistance normale; pouls fréquent. Marie tette bien. (*Frictions sur tout le corps, pratiquées d'abord avec une brosse douce, et ensuite avec un mélange de trois quarts d'eau-de-vie et un quart d'eau; cataplasmes sur l'épigastre; lavement émollient.*)

Le 13. Pas de vomissement; œdème des deux jambes, plus considérable à la droite; ventre souple; peau moins sèche : desquamation plus marquée.

Le 14. Elle n'a pas dormi un seul instant et a crié toute la nuit; pour la calmer, le sein lui a été souvent donné, et néanmoins elle n'a vomi qu'une seule fois, sur le matin. La tête est chaude, le pouls de 120 à 130. (*Frictions; petit corset de flanelle langes en flanelle; vésicatoire à la jambe gauche.*)

Le 15. Ni vomissements ni exacerbation fébrile; la peau est partout fraîche, rose, douce au toucher; l'épiderme se détache par petites écailles furfuracées.

Examiné le soir, le vésicatoire a formé une large phlyctène, remplie de sérosité. Je me borne à l'inciser et à la recouvrir d'un papier de soie enduit de beurre frais.

Le 16, dans l'après-midi, l'érysipèle reparut au bras droit, occupant la région du coude et s'étendant de ce point à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous, y déterminant du gonflement et éveillant un mouvement fébrile plus vif.

Le 17. L'érysipèle occupe l'avant-bras jusqu'an poignet; état général satisfaisant; quelques points de la peau, aux bras et aux cuisses, conservant de la sécheresse, de l'aridité, une sorte d'état parcheminé, on y continue les frictions; le vésicatoire suppure abondamment.

Le 18. L'érysipèle a gagné la main, qui, doublée au moins de volume, offre la transparence de l'œdème et une teinte rose, luisante; depuis ce matin, un cercle rouge entoure l'articulation huméro-cubitale gauche.

Le 19. L'érysipèle s'est rapidement étendu sur l'avant-bras et la main gauches, mais en y déterminant un moindre degré de rougeur et d'endurcissement. Le développement rapide de ces parties en brise l'épiderme, qui s'exfolie par petites écailles.

(*Frictions*; *tisane de bourrache*; *infusion de* 10 *centigrammes de digitale dans une tasse à café d'eau bouillante, à prendre dans les vingt-quatre heures.*)

Le 20. Depuis hier soir, rougeur et tuméfaction de la cuisse droite; la chaleur y est peu élevée. La main droite se désenfle, la gauche est rosée et encore chaude; mouvement fébrile peu développé.

Le 21. La main droite désenflée, la gauche œdématiée, sans rougeur et sans chaleur, deviennent le siége d'une desquamation légère. La cuisse droite n'offre plus ni rougeur ni enflure. L'érysipèle occupe la jambe, le pied droit et le pied gauche; il y développe une rougeur et un endurcissement de moins en moins prononcés.

Le 22. Main gauche désenflée, flétrie; la rougeur a disparu rapidement de la jambe droite et du pied gauche; seul, le pied droit est encore enflé et un peu rouge.

La mère a été prise, hier, de frissons vagues, suivis de fièvre, sans que son nourrisson en ait ressenti d'influence fâcheuse.

Le 23. OEdème borné au pied droit. Apyrexie. Le vésicatoire ne suppure plus.

Le 24. Le pied désenfle; la peau des bras est encore rude, sèche, aride; l'épiderme s'y fendille. Tout, dans la petite malade, annonce du bien-être et le retour prochain de la santé. (*Frictions*; *vésicatoire de la largeur d'une pièce de* 1 *franc à la jambe droite.*)

Le 30. Transpiration cutanée bien marquée, se soutenant tout le temps que l'enfant est mainteuue dans son berceau et soigneusement couverte.

Le 3 octobre. L'épiderme se détache par plaques assez larges au tronc et aux cuisses; sur les bras, il se soulève et se divise en petites lamelles furfuracées encore fort adhérentes.

Les jours suivants, la transpiration cutanée s'établit sur toutes les parties du corps; seuls, les bras furent longtemps à se dépouiller de leur épiderme, et à présenter une moiteur égale à celle du reste du corps.

Sortie d'une crise si longue et si périlleuse, Marie ne tarda pas à prendre du développement, de l'embonpoint et à jouir de la santé la plus brillante et la plus solide. Depuis lors, elle n'a pas été une seule fois malade.

Cherchons, maintenant, à relever les traits principaux qui donnent une physionomie propre à un cas tout exceptionnel par sa durée et par son issue heureuse.

La scène s'ouvre par deux accès de fièvre, se déclarant tous les deux dans l'après-midi, le 15 et le 16 août. Dépendaient-ils de

l'existence de l'érysipèle, d'abord inaperçu? En étaient-ils indépendants? Étaient-ils du genre de ces exacerbations fébriles, qui, durant le cours de la maladie, se sont renouvelées chaque fois que l'exanthème faisait un mouvement de progression? La souffrance que paraissaient déterminer les mouvements imprimés au corps me ferait pencher pour cette dernière supposition, si deux accès de fièvre intermittente bien caractérisés n'eussent été de nouveau observés les 4 et 5 septembre. Depuis la vaste inondation qui avait, en 1840, couvert notre territoire et pénétré dans toutes nos maisons, le génie intermittent se mêlait très-souvent à la plupart des maladies, tantôt comme complication indépendante de la maladie et n'influant ni sur sa marche ni sur son traitement, tantôt appliquant à la maladie primitive un cachet propre, et se l'assimilant en quelque sorte, de telle façon que la périodicité en devint le caractère essentiel et que, partant, l'écorce du Pérou triompha de l'une et l'autre affection. Ces observations antécédentes me donnèrent un instant l'espoir qu'érysipèle et fièvre intermittente céderaient l'un et l'autre au sulfate de quinine administré les 5 et 6 septembre : mon attente fut déçue. Les deux maladies étaient indépendantes. L'affection périodique n'était point critique. Abandonnée à elle-même, elle détermina encore deux accès le 9 et le 10, et disparut.

Nous ne nous étions aperçu de l'existence de l'érysipèle que le 17 août, dans l'après-midi ; le soir même, l'étendue et l'intensité de l'exanthème, le développement énorme et l'endurcissement extrême du tissu cellulaire sous-jacent, la froideur des mains, la petitesse et la rapidité du pouls, me firent craindre une issue promptement funeste.

L'état de la petite malade fut encore plus grave le 18. Des vomissements, suivis d'un refroidissement général, la sécheresse de la peau, son aspect pulvérulent, le pouls à 180, filiforme, quel ensemble d'accidents formidables! Et, toutefois, ce qui me rassurait quelque peu, même au moment du plus grand danger apparent, c'est que l'enfant saisissait le sein avec avidité et tettait abondamment.

Le 19 septembre, il y eut une nouvelle exacerbation dans les symptômes locaux de l'érysipèle, avec de nouveaux troubles dans les fonctions générales. Cependant, l'érysipèle perdait en force ce qu'il gagnait en durée. La rougeur qu'il faisait naître à la peau était de moins en moins vive, l'endurcissement du tissu cellulaire plus faible, son étendue plus bornée, jusqu'au commencement de novembre, où il cessa tout à fait.

Quelles ont été les causes du développement de cette maladie,

chez une enfant née depuis quelques jours seulement? L'examen le plus attentif ne nous fit reconnaître aucune lésion locale, pas le plus faible indice d'une irritation antérieure, pas la plus légère écorchure. La maladie était évidemment liée à une constitution médicale dans laquelle dominait l'érysipèle. Je retrouve, dans mes observations de cette époque, l'histoire d'un érysipèle à la face chez un apprenti serrurier, âgé de 17 ans, développé le 18 septembre; un manœuvre en est attaqué dans les premiers jours d'août; le 13 septembre, c'est un ouvrier employé dans une fabrique de garancine qui en est atteint et succombe: le 6 septembre, une jeune fille m'en offre également un exemple, remarquable par sa terminaison aussi heureuse que prompte.

Ainsi, Marie se trouvait placée sous des influences générales qui prédisposaient à l'érysipèle. Mais, quelles dispositions particulières a-t-elle apportées elle-même?

Il faut noter ici qu'au moment de sa naissance, cette enfant s'offrit avec une peau nette, propre, sans trace de graisse, comme si la sécrétion sébacée, qui enduit le fœtus d'une sorte de vernis caséeux, ne se fût jamais manifestée chez elle durant la vie intra-utérine; que sa peau ne subît point la teinte jaunâtre qu'elle prend chez les nouveau-nés dans les premiers jours de leur existence. Si l'on se souvient aussi que le troisième stade des accès de fièvre, celui de la sueur, a toujours manqué, ou que, du moins, la sueur s'est bornée à quelques gouttelettes sur le front et les pommettes; que la transpiration cutanée n'a pas commencé à s'établir avant le 30 septembre, et que, seulement alors, les vésicatoires restés appliqués sur la peau du bras durant quarante-huit heures sans y avoir rien produit, même de la rougeur, purent donner lieu à une phlyctène; enfin, si l'on songe à l'extrême lenteur avec laquelle la desquamation s'est opérée, on sera amené peut-être à trouver quelque probabilité dans les suppositions suivantes : Marie était née avec une peau fonctionnant mal ou ne fonctionnant pas du tout; la nature aura donc déterminé vers cet organe un mouvement fluxionnaire, destiné à combattre cette inertie et à l'effacer en y portant à leur summum d'activité la calorification, la circulation capillaire et la sécrétion séreuse.

En considérant, dans l'espèce, l'érysipèle comme un effort modificateur, comme une fluxion jusqu'à un certain point avantageuse, on trouverait l'explication de cette intégrité des fonctions digestives, respiratoires, urinaires et autres, intégrité qui a persisté au moment même du plus grand danger; on aurait la

clef d'une guérison exceptionnelle, dont j'ai quelque peine à faire honneur aux agents thérapeutiques employés.

En effet, les onctions avec la graisse blanche m'ont toujours paru un moyen fort inoffensif incapable de mal comme de bien. Les bains généraux ne sont que des moyens accessoires, et les diurétiques employés assez tard n'ont pas eu une grande influence.

Reste la belladone, et je dirai d'abord comment j'avais été amené à l'employer.

Il est peu de médecins, jaloux des progrès de l'art, et désireux surtout d'avoir entre les mains le plus d'armes thérapeutiques possible, qui n'aient pris en secrète considératien et soumis à la pierre de touche de l'expérimentation pratique les idées hahnemaniennes, quelque bizarres qu'elles fussent. Pour mon compte, j'ai bien passé trois ans à consacrer mes moments perdus à rechercher si, dans le pêle-mêle un peu impur de la matière médicale *pure*, je ne trouverais pas quelque agent inconnn de nos devanciers qui pût enrichir ma thérapeutique. J'avoue que la promesse de nouveaux spécifiques m'avait alléché, et que la doctrine de la substitution en thérapeutique m'avait semblé et me semble encore la meilleure explication que l'on puisse donner de l'action des remèdes spécifiques contre les maladies spécifiques, du mercure contre la syphilis, du quinquina contre la périodicité, du soufre contre la gale, des arsénicaux contre les dermatoses, etc.

La belladone, par la propriété dont elle jouit de déterminer presque constamment à la peau une rougeur vive, scarlatinéiforme, érysipélateuse, la belladone me semblait merveilleusement propre à être choisie comme critérium de la doctrine homœopathique, et j'étais résolu à l'essayer contre tous les cas d'érysipèle qui s'offriraient à mon observation.

La première fois que j'eus à en expérimenter l'efficacité, ce fut chez une jeune fille de 16 ans, qui, à la suite d'une querelle, perdit l'appétit, et fut prise de douleurs de tête et d'estomac ; le 6 août 1844, il y eut accroissement de ces douleurs, frissons, chaleur, soif, et bientôt l'érysipèle apparut à la joue gauche ; le 7, le nez était rouge et tuméfié, la fièvre forte. (*Saignée de 12 onces*; 5 *centigrammes d'extrait de belladone dans une potion.*)

Les jours suivants, la langue était rouge, surtout à la pointe, la soif très-grande; mais la pression sur l'épigastre et sur le ventre n'y déterminait aucune douleur; l'érysipèle s'étendit à la joue droite, au front et aux oreilles, et ne tarda pas à dé-

croître; le 11, il n'en restait pas de trace; et, le 14, il ne restait plus de la maladie qu'une desquamation légère.

Quinze centigrammes seulement d'extrait de belladone avaient été pris; l'érysipèle n'avait pas duré plus de cinq jours. Or, d'après les relevés statistiques de M. Louis, l'érysipèle aurait une durée en quelque sorte fixe, immuable, puisque, selon cet exact observateur, l'érysipèle, abandonné à lui-même, guérit, terme moyen, dans huit jours; et que, quel que soit le traitement employé, il ne guérit pas, terme moyen, avant sept jours un quart; au lieu de dix-huit heures, la belladone aurait donc abrégé la durée de soixante-six heures.

C'est ce premier succès apparent qui m'enhardit à tenter chez ma nièce le même remède. Elle en commença l'usage le 17, c'est-à-dire le jour où les symptômes étaient le plus fâcheux. Soit simple coïncidence, soit efficacité réelle, à dater de ce moment, le mieux se déclara; l'appareil fébrile diminua d'intensité, un temps d'arrêt survint dans la marche de l'exanthème, le lait même ne fut plus rejeté.

Nous pûmes un instant croire à la terminaison prochaine de la maladie; il n'en fut rien; le 19, la rougeur gagna le bas du corps, et le 20, se porta de nouveau au tronc et de là vers les bras et la tête.

Eussé-je triomphé totalement du mal, si j'eusse augmenté la dose du remède? L'enfant n'a pris guère qu'une goutte de teinture alcoolique de belladone par vingt-quatre heures. Chez un être si jeune, je ne crus pas devoir franchir les limites de nos formulaires; mieux valait rester encore dans le doute sur la puissance du remède, que d'ajouter le danger d'une intoxication à celui d'une affection si grave.

Dans le même mois, je soumis également à l'usage de l'extrait de belladone un jeune manœuvre, affecté d'érysipèle au front et aux parties voisines. Mais l'érysipèle s'était développé sous l'influence d'une nécrose de l'arcade sourcilière, et il se termina par un abcès.

Chez un autre jeune homme, âgé de 17 ans, la belladone, donnée à assez hautes doses, n'exerça aucune influence sur l'état et la marche de l'érysipèle, bien qu'elle eût déterminé une action toxiqne sur l'encéphale, ainsi que l'indiqua un assoupissement assez tenace.

Enfin, je l'ai encore employée dans un autre cas d'érysipèle, mais d'une telle gravité, qu'il se termina par la mort; la belladone s'y montra impuissante tout comme les autres remèdes.

On voit, par tous ces faits, combien il faut être réservé pour

juger, sur un ou deux succès apparents, l'efficacité d'un médicament. Est-ce à dire, d'un autre côté, que les insuccès autorisent à nier les améliorations observées, ou bien à refuser toute influence au remède employé ? Il y a, je crois, un milieu à garder entre ces deux extrêmes. Pour mon compte, la belladone, dût-elle souvent échouer, me paraît toujours un moyen de plus à tenter contre cette maladie si redoutable chez les nouveau-nés ; et si un cas nouveau s'offrait à moi, je n'hésiterais pas à appliquer le même remède, peut-être même avec un peu plus d'assurance, et en secondant cette médication par des boires tièdes, prolongés et répétés.

Je n'ai plus qu'un dernier point à examiner, l'influence du climat. En Provence, l'érysipèle est généralement peu redoutable. Dans une pratique nombreuse, et qui date de seize ans, je ne l'ai vu que deux ou trois fois devenir mortel chez des adultes. Mais en est-il de même lorsqu'il attaque l'enfant aux premiers jours de son existence ? D'après les informations que j'ai prises auprès des confrères plus spécialement adonnés à la pratique des accouchements, et par là en position d'observer plus fréquemment les maladies du premier âge, l'érysipèle des nouveau-nés ne serait pas dans nos climats d'une fréquence très-grande, mais il serait toujours d'une extrême gravité.

M. le docteur Busquet, entre autres, d'accord avec les observateurs de Paris, m'a assuré l'avoir toujours vu se terminer par la mort lorsqu'il se développe dans les premières semaines de la vie. Ainsi donc, plus on s'éloignera du premier mois, plus les chances de guérison seront grandes. Avant ce terme, il est à craindre que, quel que soit le traitement, le succès ne soit longtemps encore une exception.

---

2. *De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire*; par M. le professeur Forget.

(Suite et fin : *voir* t. III, mars 1848, p. 15.)

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1848.)

« En adoucissant les symptômes, on
« emporte toujours quelque chose
« de la maladie principale. »
Boerhaave (*Institut.*, 1244).

§ II. *Du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire.* — Si l'on en croyait les prôneurs de remèdes, la guérison de la phthisie serait chose fréquente et facile, et nous aurions cent remèdes pour un. Mais cette richesse apparente, comme on l'a dit avec raison, accuse notre impuissance ; car si nous possédions

quelques bons remèdes on ne s'évertuerait pas à en trouver d'autres. Les vrais praticiens savent d'ailleurs que penser de tous ces prétendus spécifiques, et l'on ne saurait trop proclamer cette vérité dont pourtant on a beaucoup abusé, à savoir : que les procédés curatifs doivent varier selon les circonstances des faits, la nature et les combinaisons des éléments morbides, axiome qui nous oblige à formuler quelques propositions préliminaires.

1° La diathèse tuberculeuse est un fait, puisque tous les sujets ne deviennent pas phthisiques dans les mêmes circonstances; mais nous ignorons l'essence de cette diathèse, puisqu'on voit devenir phthisiques des sujets qui ne présentent aucun des caractères que nous lui assignons.

2° S'il est vrai que la tuberculisation puisse se développer primitivement et d'emblée, il n'est pas moins avéré que, dans la plupart des cas, la phthisie fait explosion à propos d'une phlegmasie thoracique ; proposition sentant l'hérésie, c'est-à-dire le physiologisme, pour ceux qui ne savent pas que telle est l'opinion d'Hippocrate , de Sydenham, de Morton , de Cullen, de Stoll, d'Hufeland, etc.

3° Ce n'est pas le tubercule qui épuise et qui tue les malades, c'est le travail d'inflammation, de désorganisation qu'il suscite autour de lui; inflammation manifestée par les caractères anatomiques aussi bien que par les symptômes de la phthisie pulmonaire. Ainsi pensent Cullen, Stoll et Hufeland qui dit positivement : « Les tubercules dans les poumons agissent comme des corps étrangers et entretiennent une irritation constante ; de là une congestion sanguine continuelle dans les organes pulmonaires. » (*Méd. prat.*, t. I.) Ce mode d'action du tubercule fut signalé par Hippocrate lui-même : « Quand le tubercule passe à l'état de maturation, dit-il, la douleur devient plus aiguë, la *poitrine s'échauffe*, etc. » (*De morb.*, lib. I.)

4° Par une fatale réciprocité, l'inflammation incidente concourt à cette *maturation* du tubercule ; c'est-à-dire qu'elle fait passer la phthisie aux deuxième et troisième degrés, au ramollissement du tubercule et à la formation des cavernes : « Toute inflammation, dit Hufeland, augmente le développement des tubercules et accélère la fonte purulente. » (*Ibid.*)

5° Donc, c'est l'inflammation qui, à toutes les périodes, constitue l'élément le plus dangereux, le plus actif de l'évolution tuberculeuse : « La phthisie, dit Cullen, est constamment accompagnée de la diathèse inflammatoire. » (*Mat. méd.*, t. II.) « Les malades, dit Stoll, ont tous les signes de l'inflammation latente, chronique des poumons... ; une partie de l'organe tombe en

suppuration, tandis que l'autre reste prise d'une inflammation qui ne mûrit point. » (*Méd. prat.*, t. I.)

6° La tuberculisation, en se généralisant, envahit les autres organes, notamment le tube digestif, non pas seulement une fois sur cinq (Louis), mais au moins neuf fois sur dix; d'où l'entérite, l'ulcération, la perforation tuberculeuses, manifestées par les coliques, la diarrhée colliquative dont Hippocrate proclame la léthalité (*sect.* v, *aphor.* 14), la péritonite ultime, etc.; d'où la nécessité de ménager le tube digestif des phthisiques presque à l'égal de leurs bronches.

7° A côté de ces grands principes fondamentaux qui dominent la thérapeutique de la phthisie, il en est d'accessoires et de relatifs à quelques symptômes qui, par leur importance, s'élèvent parfois au rang d'éléments capitaux; tels sont la toux, les crachats, l'hémoptysie, la diarrhée, les sueurs, la fièvre, qui réclament souvent un traitement spécial coordonné, bien entendu, avec le traitement principal. En opposant à ces symptômes ou complications des moyens rationnels, on voit souvent se réaliser cette profonde sentence de Boerhaave, que nous avons prise pour épigraphe.

Le lecteur nous pardonnera ces prémisses indispensables à l'intelligence, à la justification de nos procédés thérapeutiques, et nécessaires à l'appréciation des nombreuses médications instituées contre la phthisie pulmonaire. Entrons en matière.

Au premier soupçon des tubercules, suivant qu'existeront ou n'existeront pas les caractères assignés à la diathèse tuberculeuse, le traitement fondamental devra différer de nature. Tout ce qu'on a dit de l'efficacité des toniques, des analeptiques, ne s'applique qu'à cette diathèse révélée par les signes classiques : débilité, pâleur, mollesse des tissus. Dans les circonstances contraires, il est évident que le traitement initial devrait reposer sur les antiphlogistiques, les débilitants indiqués par la pléthore et l'élément phlegmasique.

Une fois constatée, la tuberculisation au premier degré, par la matité, la respiration rude, l'hémoptysie etc., l'embarras va commencer, surtout s'il existe des signes de diathèse; car si celle-ci indique l'emploi des toniques, le tubercule est, par lui-même, une cause imminente, sinon un effet de l'inflammation, et la pratique démontre qu'une fois déclarée, la tuberculisation s'arrange mal du quinquina, des ferrugineux, du vin, du régime animal, sous l'influence desquels la poitrine s'échauffe, selon l'expression d'Hippocrate; c'est-à-dire que la toux, l'oppression, augmentent, la fièvre s'allume et l'invasion du second degré se trouve hâtée.

C'est surtout à cette période que la théorie indique l'emploi des prétendus résolutifs et fondants ; mais en conscience, et quelque légitimes que soient les espérances fondées sur la chimie, où sont les cas de succès avérés qu'on puisse attribuer à l'iode, aux alcalis, aux antimoniaux, aux mercuriaux, etc. ? Au demeurant, on peut expérimenter ces moyens, mais sans oublier qu'à part leurs propriétés spécifiques, ils agissent comme stimulants en rentrant ainsi dans les considérations précédentes.

En définitive et de par les plus graves autorités, c'est moins aux médicaments qu'à l'hygiène qu'il faut demander des secours contre la phthisie commençante; un régime doux et nutritif, la chaleur, l'air pur, les exercices modérés, l'émigration, tels sont les meilleurs remèdes.

Lorsque apparaît le deuxième degré ou la période de ramollissement du tubercule, le traitement de la diathèse perd de son importance pratique, ou du moins se trouve relégué sur le second plan ; car ce qui importe ici, c'est de modérer la fonte tuberculeuse dont la cause formelle, ainsi que nous l'avons démontré, gît particulièrement dans l'inflammation ; la médication antiphlogistique mitigée, proportionnée aux forces du sujet et à l'expression des symptômes inflammatoires, est de rigueur. La saignée, qu'on le sache bien, a été préconisée, avant Broussais et son école, par une foule d'autorités dont voici quelques-unes : Sydenham fait ressortir les avantages de la saignée dans maint passage, notamment dans celui-ci : « Quand la phthisie est avancée, elle résiste presque toujours à toutes sortes de remèdes ; on peut néanmoins tenter de la guérir... Pour cela il faut employer la saignée du bras, les doux purgatifs, les pectoraux, etc. (*Méd. prat.*, p. 638). » Morton, ce rival de Sydenham, concorde pourtant avec lui sur ce point : « Instruit par l'observation répétée, dit-il, je ne doute pas que beaucoup de malades ne tombent dans la phthisie par suite de la pneumonie, du catarrhe et d'autres affections de ce genre, soit par l'incurie du médecin, soit par l'appréhension du malade et des assistants qui s'opposent à ce qu'on ait tiré du sang en temps opportun, assez souvent et en quantité suffisante... C'est pourquoi j'ai coutume de saigner largement et avec d'excellents résultats les phthisiques, toutes les fois qu'ils ont la fièvre. Je ne me rappelle pas de m'en être jamais repenti. » (*Phthisiolog.*, lib. II, cap. II). Selon Dower : « Comme c'est ici une maladie d'inflammation, il faut écarter tous les remèdes, excepté ceux qui sont propres à l'apaiser. » (*Legs d'un méd.*) Puis il formule son traitement, qui consiste surtout à répéter la saignée selon l'occurrence ; il saignait certains malades

tous les deux, trois et cinq jours ; un d'eux fut saigné cinquante fois (*loc. cit.*, p. 42, 44, 45). Nous ne donnons pas cela comme exemple, mais comme preuve que la saignée répétée n'est pas d'invention moderne. Selon Stoll : « Plusieurs causes s'opposent à la guérison des ulcères du poumon ; outre l'abcès, on trouve l'inflammation des parties qui l'avoisinent... Ceux qui ont traité la phthisie par de petites saignées répétées me paraissent, dit-il, avoir le mieux connu la nature de cette maladie ; des saignées proportionnées à la maladie et aux forces des malades, les émollients, un régime purement végétal, sont les meilleurs moyens de guérir la phthisie purulente, accompagnée d'une inflammation notable du reste des poumons. » (*Méd. prat.*, t. I, p. 114-188) ; voyez aussi ses *Aphorismes*, 810 et suivants. Selon Hufeland : « Des poumons maladifs, tuberculeux, ou la simple tendance à la phthisie, constituent des indications pour la saignée. » (*loc. cit.*, p. 217.)

Nous pourrions invoquer d'autres autorités encore : celles de Boerhaave, de Cullen, etc. ; mais nous prévoyons l'objection : « Tous ces grands hommes ayant ignoré l'auscultation, la médecine exacte, leurs observations sont sans valeur. « La logique de MM. les critiques est vraiment fort commode ! lorsqu'il s'agit de conspuer telle doctrine, ils s'inclinent devant les anciens et en invoquent pompeusement l'autorité ; mais lorsqu'on leur prouve que ces anciens sont du parti de cette doctrine, ils renient leurs divinités et récusent nettement leurs témoignages !... Mais à qui ferait-on croire que Sydenham, Stoll, Cullen, Hufeland, ne savaient pas distinguer la phthisie ?

Quoiqu'il en soit de tant et de si graves autorités, ce n'est pas la saignée répétée, la saignée quand même, que nous soutenons, c'est la saignée clairement indiquée, et surtout la saignée locale sur le thorax, *pro ratione virium*. Viennent ensuite les émollients ; mucilages, émulsions végétales et animales, fécules, gelées, etc. Boerhaave usait beaucoup du petit-lait et préférait le lait de femme à tout autre ; c'était au moins un moyen de prévenir les falsifications qui ont fait bannir ce breuvage dans les grandes villes.

Toutefois, l'expérience n'a que trop démontré l'insuffisance des émollients seuls dans la phthisie déclarée. Aussi recommandons-nous expressément, à titre d'adjuvant essentiel, une autre médication dont nous avons compendieusement fait ressortir les avantages dans un autre travail (1) ; c'est la médications narcotique, en tête de laquelle nous plaçons les opiacés. Telle est ici

(1) A ce propos, nous prions bien nos confrères de croire que nous sommes

l'importance de l'opium, que nous dirions volontiers, après Sydenham, que sans lui nous renoncerions au traitement des affections pulmonaires. Les autres médicaments de la même classe, la jusquiame, tant vantée par Hufeland, l'aconit, préconisé par Stooc et Murray, la ciguë, le datura-stramonium, le laurier-cerise, etc., ne peuvent entrer en parallèle avec lui. Le sirop d'acétate de morphine est devenu notre agent favori, à la dose d'une ou de deux cuillerées à café prises le soir. La belladone rendra parfois de bons services ; mais il est un autre sédatif bien précieux, en raison de son action spéciale sur la circulation, c'est la digitale. M. Bayle, dans sa *Bibliothèque thérapeutique*, a compilé de nombreux exemples de son efficacité. Quant à l'acide hydrocyanique, déjà préconisé par M. Magendie, nous avons démontré qu'il agit comme sédatif pur et simple (1); restent les dangers de son administration.

Résumons en quelques mots les avantages des sédatifs : que la toux soit effet ou cause de la tuberculisation, on peut, en la combattant, prévenir ou du moins retarder la fonte tuberculeuse : c'est ainsi qu'on a pu considérer avec assez de vraisemblance l'opium comme prophylactique de la phthisie (de Meza, Marx). — La fonte tuberculeuse une fois établie, l'opium peut en retarder les progrès, peut-être même la suspendre pour un temps plus ou moins long, en dissipant les éléments, toux, douleur, sécrétion. — La cicatrisation des cavernes peut être favorisée par l'usage de l'opium, qui procure au poumon le plus de repos possible (Tralles, Van Swieten, Murray, Desbois de Rochefort). — La phthisie persistant au même degré, l'opium peut retarder la catastrophe en calmant la douleur et la toux, en prévenant et réprimant les hémoptysies, en modérant ou tarissant les sécrétions bronchiques et caverneuses, les flux intestinaux qui épuisent le sujet... Pour plus de détails, nous renvoyons à notre travail sur ce sujet.

Les émollients, les évacuations sanguines modérées, les sédatifs, constituent, à vrai dire, le trépied, la base fondamentale du traitement de la phthisie confirmée, à part le puissant concours d'une hygiène bien dirigée. Cette simplification pourra suspendre et susciter des doutes, peut-être même soulever des dédains pour une thérapeutique aussi pauvre en apparence. Et pourtant, pour se convaincre de ses avantages, il suffira de méditer la pratique

tout à fait étranger à ce *sirop du docteur Forget*, annoncé depuis quelque temps dans les journaux.

(1) De l opium dans le traitement de l'hémoptysie et de la phthisie pulmonaire. (*Bullet. de thérap.*, tom. XXVII, p. 47.)

des grands médecins passés et présents ; il suffira de réfléchir au mode d'action d'une foule de moyens réputés spécifiques et qui rentrent, tout simplement, dans les précédentes catégories : telle est, par exemple, l'huile de foie de morue (ou de poisson) qui, pour nous, et nonobstant clameur de *haro*, est un simple adoucissant. Les proportions d'iode, de brome et d'autres éléments auxquels on a voulu attribuer son efficacité, s'y trouvent en quantité si faible, si contestable, que je ne crois pas pouvoir en tenir compte. L'huile de morue me paraît être d'une efficacité réelle, lorsqu'elle est agréée et supportée, ce qui est moins général que ne le prétendent ses prôneurs ; elle mitige les accidents, entretient doucement la liberté du ventre, favorise le retour de l'embonpoint ; bref, elle place les malades dans des conditions favorables, sinon à la guérison, du moins à la prolongation de l'existence.

La plupart des spécifiques de la phthisie appartiennent à la classe des narcotiques, tels sont l'aconit, la ciguë, la jusquiame, l'eau de cerise, l'acide hydrocyanique, la digitale, etc. Quant aux spécifiques empruntés aux autres classes, aux toniques (lichen d'Islande, polygala, lierre terrestre, etc.), aux astringents (acétate de plomb, monésia, etc.), aux irritants (chlore, créosote, etc.), aux altérants (antimoniaux, mercuriaux, iode, alcalins, etc.), leur efficacité est fort contestable ; et de plus, il sont dangereux, ce qui du moins n'a pas lieu pour les émollients et les anodins.

Nous devons mentionner une autre indication dont la puissance a été tour à tour exaltée et contestée par les observateurs, c'est la médication révulsive. Les irritants (pommade stibiée, huile de croton), les vésicants (cantharides, ammoniaque), les cautères, les moxas, le séton, appliqués au thorax, sous les clavicules, auraient, au dire de quelques-uns, procuré des guérisons. Nous ne contestons point ces faits ; nous engageons même à recourir à ces moyens énergiques ; mais, ces concessions faites à quelques hasards heureux, nous appellerons les cas innombrables où ces agents restent sans effet et provoquent, en pure perte, la douleur et l'épuisement ; si bien que, pour la plupart des praticiens réfléchis, les exutoires sont une sorte de moyen sacramentel, qu'ils appliquent par obséquiosité pour les règles de l'art et pour l'acquit de leur conscience, plutôt que dans l'espoir d'en retirer le moindre bénéfice. Combien, pour ma part, n'ai-je pas vu périr de malheureux, martyrisés par ces fonticules dont leur poitrine avait été criblée par des praticiens à foi robuste !

Nous arrivons au traitement du troisième degré ou des caver-

nes, degré qui n'est que l'évolution du second, car il consiste dans l'évacuation de la matière tuberculeuse ramollie. Les éléments fondamentaux restant les mêmes, le traitement fondamental devra donc rester aussi le même, sauf quelques modifications. On insistera donc toujours sur les émollients et les sédatifs, tout en obviant à l'aggravation ou à l'apparition de certains accidents qui réclament, *per se*, des secours spéciaux : vous aurez à vous opposer à l'épuisement croissant du sujet au moyen d'une alimentation aussi substantielle que pourront le permettre l'excitabilité générale et la susceptibilité du tube digestif ; à mitiger, s'il se peut, les exacerbations fébriles au moyen de la digitale ou du sulfate de quinine prudemment administrés ; à modérer l'abondance des crachats au moyen de toniques et d'astringents légers, tels que les baumes-résines, le lichen, le polygala, les labiées, l'acétate de plomb, qui compte autant de détracteurs que de partisans, le tannin, le cachou, le ratanhia, le monésia. La difficulté de l'expectoration, au contraire, pourra réclamer l'emploi des prétendus incisifs : la scille, les antimoniaux, les alcalins, mais sans oublier la sentence formulée par Gui-Patin : « *Qui dicuntur bechici omnes calent, nec perveniunt ad pulmonem, nec juvarent si pervenirent.* » — Après quelques espérances promptement déçues, nous ne comptons plus, pour cicatriser les cavernes, sur les perfides secours du chlore et de la créosote. Vous aurez à combattre cette fatale diarrhée ulcéreuse, trop souvent provoquée par vos médications actives, au moyen des opiacés, avant tout, puis des révulsifs cutanés, puis des astringents ci-dessus mentionnés. On oublie trop souvent que cette diarrhée tient à des lésions organiques incurables, et qu'il faut craindre d'activer. Aux sueurs colliquatives, essayez d'opposer quelques amers astringents, les macérations de quinquina, l'agaric blanc, ou bien l'acétate de plomb, etc.

On voit que ces médications accessoires, cette médecine des symptômes, se résument dans deux médications principales, les toniques et les astringents, qui, rationnels au point de vue de l'accident à combattre, sont trop souvent contre-indiqués par un des éléments fondamentaux, l'inflammation chronique ou même aiguë dont ces accidents ne sont souvent que l'expression. C'est ainsi que, fréquemment, les astringents ne modèrent les crachats et les sueurs qu'en augmentant la toux, l'oppression et la fièvre ; qu'ils n'arrêtent la diarrhée qu'en provoquant des coliques, des symptômes d'entérite, etc., d'où résulte qu'en définitive le plus sage est encore, dans bien des cas, de subir ces aggravations, après avoir acquis la conviction de l'impuissance ou des dangers

des remèdes accessoires, et d'insister sur le traitement rationnel des lésions fondamentales, sur les adoucissants, les sédatifs et les révulsifs.

Que si, sous l'empire de ces simples moyens, vos malades ne guérissent pas, c'est qu'ils ne sont pas guérissables; que s'il est douloureux d'assister, désarmé, à cette destruction lente et inévitable, il est bien plus pénible encore d'avoir sur la conscience l'emploi de médications irrationnelles, dangereuses, qui, manifestement, ont aggravé la maladie et précipité la catastrophe.

Ces doctrines sont le résultat d'une douzaine d'années d'observation attentive, faite sur quatre cent cinquante phthisies confirmées qui sont passées à ma clinique, période pendant laquelle nous avons essayé de tous les traitements, expérimenté tous les remèdes nouveaux, comme il appert sur nos publications dans ce journal même et par nos compte-rendus de clinique.

Nous le répétons en terminant, par ce traitement si rationnel, si simple et pourtant si variable, grâce aux nombreux succédanés des médications antiphlogistique, narcotique, révulsive et hygiénique, on guérira les malades susceptibles de guérir; on prolongera autant que possible l'existence de ceux qui sont incurables. Les personnes qui fréquentent nos salles sont frappées de l'espèce d'immobilité de la plupart de nos phthisiques; il en est bon nombre qui séjournent chez nous pendant des années dans un état quasi-stationnaire; quelques-uns sortent, de guerre lasse, pour rentrer bientôt, après avoir éprouvé l'insuccès des secours qu'ils espéraient ailleurs; la plupart s'éteignent lentement, doucement, sans orages et comme par l'épuisement spontané du principe de la vie. Parcourez nos feuilles de clinique, vous y trouverez presque invariablement une tisane adoucissante, une potion émulsive, une dose de narcotique pour la nuit; par-ci par-là, une petite saignée générale ou locale; souvent l'huile de morue, parfois la digitale, rarement des toniques ou des astringents, encore moins des fondants; presque toujours un exutoire; constamment un régime léger, suffisamment nutritif... Quelques esprits exigeants trouveront que ce n'était pas la peine de les distraire si longtemps, pour les entretenir d'une pratique si banale et de détails si vulgaires : ceux-là, nous les prions de vouloir bien compter sérieusement avec les prôneurs de spécifiques et les faiseurs de miracles avant de nous juger. Il est malheureusement trop de maladies où le problème thérapeutique consiste à chercher non pas la médication qui guérit, mais celle qui soulage et qui fait vivre le plus longtemps. A proclamer de tels principes,

on n'acquiert ni gloire, ni fortune, mais on a la conscience de servir l'humanité.

---

3. *De la cachexie paludéenne et de son traitement*; par le docteur Duclos (de Tours).

(Bulletin général de Thérapeutique ; mars 1848.)

On observe fréquemment dans les localités où la fièvre intermittente est endémique, et quelquefois même dans celles où elle ne se développe que passagèrement, une cachexie spéciale, ayant des symptômes particuliers, des altérations anatomiques bien caractérisées, qui permettent de la distinguer de toute autre, la cachexie paludéenne. C'est de préférence dans les contrées marécageuses, qui sont de véritables foyers de la fièvre intermittente, qu'on voit se manifester cette détérioration graduelle et générale de l'économie. Elle décime la Sologne et toutes les autres parties de la France où la disposition du sol, l'existence de marais même peu étendus, d'eaux stagnantes, qui se dessèchent pendant une partie de l'été, contribuent si puissamment à produire et à entretenir des épidémies de fièvre intermittente. Nous nous proposons d'étudier certains points de l'histoire de cette maladie et de la thérapeutique qu'il convient d'instituer, soit pour en prévenir le développement, soit pour la combattre lorsque déjà elle s'est établie.

La cachexie paludéenne n'envahit pas d'emblée l'économie ; elle se forme lentement, graduellement, et c'est là, à dire vrai, une heureuse condition, puisqu'elle permet au médecin d'attaquer le mal dès son début. Autant que notre observation a pu nous l'apprendre, son mode de développement n'est point uniforme. Tantôt elle succède à des accès de fièvre intermittente longtemps prolongés. On voit alors toutes les fonctions s'altérer successivement l'une après l'autre; la peau prend une teinte pâle, devient d'une grande flaccidité, la couleur rosée des orifices muqueux et des membranes muqueuses disparaît, l'appétit se perd complétement, un affaiblissement, qui chaque jour augmente jusqu'à l'abolition totale des forces, marque un degré déjà plus avancé du mal ; puis des phénomènes graves apparaissent bientôt, l'anasarque, l'ascite, les collections séreuses dans les cavités splanchniques, et si l'influence paludéenne continue à s'exercer, ou si aucun traitement n'est opposé à la maladie, la mort vient rapidement clore la série de tous ces accidents.

C'est là le mode de développement le plus habituel de la cachexie paludéenne. Elle est alors consécutive à des accès de fièvre

intermittente qui ont duré pendant un certain temps. Un grand nombre de praticiens, et quelques-uns même de ceux qui observent la cachexie paludéenne, dans les localités où la fièvre intermittente est endémique, ne craignent même pas d'affirmer qu'on ne voit jamais la cachexie s'établir sans fièvre intermittente préalable et de longue durée. Il nous a semblé qu'il y avait là une erreur d'observation, une généralisation trop grande, et que la cachexie paludéenne pouvait se produire, dans des cas plus rares il est vrai, en dehors de cette condition.

On voit en effet, quelquefois, des sujets chez lesquels les fonctions s'allanguissent graduellement; la peau prend une teinte pâle, identique à celle qu'on observe à la suite des fièvres intermittentes prolongées, les membranes muqueuses se décolorent, la faiblesse générale fait chaque jour de nouveaux progrès, les épanchements séreux des cavités splanchniques se produisent, et comme pour marquer la liaison intime qui rapproche cet état morbide de celui qui précède, la rate devient le plus souvent le siége de cette hypertrophie considérable, qui suit si fréquemment les fièvres intermittentes de longue durée. Qu'on observe ces malades soit au début, soit dans le cours de leur affection, il est impossible de constater le moindre accès proprement dit de fièvre intermittente, à quelque type d'ailleurs qu'on essaye de le rapporter.

La cachexie, dans certains cas, ne s'accompagne pas de fièvre ; dans d'autres, on ne saisit rien autre chose qu'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, apparaissant avec ou sans frisson préalable à des intervalles trés-irréguliers; ou bien au contraire une fièvre continue, se traduisant par un symptôme unique, la fréquence anormale du pouls, sans aucun des autres phénomènes qui accompagnent ordinairement l'état fébrile, ou même en sont les précurseurs. Il arrive sans doute, le plus ordinairement, que, dans les cachexies paludéennes sans accès de fièvre intermittente préalables, l'appareil fébrile se développe lorsque la maladie va toucher à sa fin dans sa période extrême. Mais il est impossible d'établir la moindre analogie entre des accès de fièvre intermittente et cet état fébrile continu, identique à ce qu'on observe chez un grand nombre de sujets qui succombent à la cachexie anémique. On ne trouve alors ni les stades réguliers et caractéristiques de la fièvre intermittente véritable, ni l'apyrexie qui doit signaler l'intervalle des accès.

On peut donc dire, d'une manière générale, que la cachexie paludéenne est tantôt consécutive à des accès de fièvre intermittente, et peut-être alors un produit de ces accès, tantôt au con-

traire primitive; que cette dernière condition est plus rare, sans doute, mais que pourtant encore on l'observe assez souvent dans les localités où la fièvre intermittente est endémique.

Les divers phénomènes qui caractérisent la cachexie paludéenne se manifestent, en général, dans un certain ordre assez régulier, bien que d'ailleurs on ne les observe pas tous avec une égale fréquence. Il résulte de cette double condition, que cette cachexie semble différer singulièrement d'elle-même, suivant qu'on l'étudie à des périodes diverses de sa durée, ou chez des sujets différents. Il faut, en effet, avoir vu un assez grand nombre de fois cette affection, pour reconnaître son identité chez les sujets où elle ne se traduit que par de l'anémie avec faiblesse et hypertrophie de la rate, et chez ceux où elle s'accompagne des phénomèmes les plus graves, depuis les collections des cavités splanchniques et l'infiltration du tissu cellulaire, jusqu'aux hémorrhagies passives à la surface des membranes muqueuses.

C'est, en général, par la pâleur et l'allanguissement de toutes les fonctions que se manifeste tout d'abord la cachexie paludéenne. La peau prend une teinte identique à celle qu'on observe chez les sujets atteints de chlorose confirmée, ou chez ceux qui, sous une influence quelconque, ont perdu une grande quantité de sang. Cette pâleur s'accompagne d'une flaccidité plus ou moins grande, d'une mollesse générale des tissus. La contraction musculaire ne détermine plus, comme chez les sujets vigoureux, une raideur, un état de dureté des masses musculaires contractées. Les membranes muqueuses, la conjonctive, les lèvres, les gencives, participent à cet état de pâleur. En même temps l'appétit diminue et finit par se perdre complétement. Le malade est sous l'impression continuelle d'un sentiment de malaise et de fatigue : le moindre effort, une marche un peu prolongée, épuisent ses forces.

A un état plus avancé, le tissu cellulaire commence à devenir le siége d'une infiltration séreuse. Les pieds sont gonflés, le soir seulement dans les premiers temps, puis bientôt toute la journée. L'œdématie fait des progrès et elle envahit en quelques mois les membres inférieurs dans toute leur étendue.

En même temps, et souvent à une époque peu avancée de la maladie, la cavité péritonéale devient le siége d'un épanchement séreux plus ou moins abondant. Mais presque toujours cette ascite est précédée de deux autres lésions d'une grande importance ; nous voulons parler de l'hypertrophie de la rate et du foie.

Le développement de la rate sous l'influence de la cachexie paludéenne est un phénomène, sinon absolument constant, au moins extrêmement fréquent. On imaginerait difficilement

à priori, le volume considérable que peut prendre cet organe dans de pareilles conditions. Habituellement il atteint dans le sens longitudinal la crête iliaque, et dans le sens transversal la ligne blanche : mais souvent aussi on le voit dépasser ces limites, descendre jusqu'au niveau du ligament de Poupart, remplissant ainsi la fosse iliaque, et dépasser de trois ou quatre travers de doigt la ligne blanche. De nombreuses recherches anatomiques ont suffisamment démontré que, dans ces conditions, la rate se recouvre à sa face concave de plaques cartilagineuses, dont l'épaisseur atteint quelquefois près d'un centimètre, qu'en même temps, son tissu devient plus consistant, mais aussi plus friable. Cette altération est-elle un phénomène constant, ainsi que beaucoup d'auteurs ont cherché à l'établir ? Nous ne le croyons point. Nous avons eu l'occasion de voir des sujets chez lesquels la fièvre intermittente durait pendant des années, amenait un véritable état de cachexie, sans que le volume de la rate eût éprouvé une augmentation sensible, soit par la percussion, soit par la palpation. Ces faits-là sont assez rares sans doute, mais ils n'en sont pas moins réels. Il faut donc bien admettre que l'hypertrophie de la rate dans ces conditions est la règle générale, mais non absolue : que dès lors, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, cet état de la rate est un fait consécutif, un produit de la fièvre intermittente, de l'infection paludéenne, et non le fait primordial, le point de départ des phénomènes qu'on observe à la suite de l'infection paludéenne.

L'hypertrophie du foie, que les auteurs négligent généralement pour se préoccuper presque exclusivement de celle de la rate, est un fait qu'on observe presque aussi souvent. Il est vrai de dire pourtant qu'elle est toujours moins prononcée. Dans un grand nombre de cas, nous avons vu le foie déborder de deux ou trois travers de doigt les fausses côtes, quelquefois atteindre la crête iliaque, dans quelques circonstances descendre enfin jusque dans la fosse iliaque droite. Sous quelle influence se produit cet état d'hypertrophie ? Sa coïncidence avec celle de la rate n'éclaire-t-elle pas leur mode de formation ? Quand on observe ce qui se passe pendant le frisson de la fièvre intermittente, ce départ du sang des vaisseaux superficiels vers les gros troncs veineux, on est disposé à admettre que l'hypertrophie de la rate et du foie est le produit de congestions violentes qui se font dans ces organes pendant la période de frisson de la fièvre. C'est là d'ailleurs une simple hypothèse.

L'hypertrophie de la rate et du foie est-elle la cause de l'épanchement séreux qui se fait dans la cavité péritonéale ? On

serait assez disposé à le supposer tout d'abord, la raison anatomique semblant très-claire, très-facile à comprendre. Mais pour peu qu'on observe ce fait capital, que dans certains cas, rares il est vrai, mais très-réels, l'ascite se produit en l'absence de toute hypertrophie de la rate et du foie, on arrive facilement à conclure que ces deux états ne sont pas absolument dépendants l'un de l'autre, et que l'ascite est le produit de l'altération générale du sang, qu'elle est identique à celle qu'on rencontre dans l'anémie post-hémorrhagique. Qu'on remarque bien d'ailleurs que ces épanchements séreux ne se font point seulement dans la cavité péritonéale, qu'ils se produisent aussi dans le tissu cellulaire, et même dans la cavité des plèvres, et il deviendra dès lors impossible de ne pas admettre l'influence d'une condition non pas locale, anatomique, mais bien générale.

Un phénomène qu'on observe assez fréquemment dans la cachexie paludéenne, surtout à une période avancée, c'est la production d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses. La plus commune de toutes est l'épistaxis. On la voit se manifester avec la plus grande facilité, à l'occasion de la cause la plus légère, et même en l'absence de toute cause extérieure. Les malades perdent ainsi des quantités de sang souvent considérables, soit que l'hémorrhagie dure longtemps, soit qu'elle se répète fréquemment à des intervalles rapprochés. Il est d'ailleurs d'observation générale, ici comme pour toutes les hémorrhagies passives, que les hémorrhagies se reproduisent plus facilement et sont plus abondantes à mesure que l'état anémique se prononce davantage.

L'hémorrhagie, au lieu de se faire à la membrane des fosses nasales, peut se faire également aux autres surfaces muqueuses, à celles des bronches ou de l'intestin, mais plus souvent encore à celle de la vessie. Nous avons eu l'occasion d'en observer un exemple chez un étudiant en médecine qui, altéré par des fièvres intermittentes prolongées, était pris, à chaque nouvel accès de fièvre, d'une violente hématurie. Le sang était décoloré, peu riche en globules, d'une constitution analogue à ce qu'on remarque dans l'anémie post-hémorrhagique.

La cachexie paludéenne est souvent suivie de mort, dans le cas où le malade reste sous l'influence délétère qui a produit et qui entretient la maladie, et quand on n'a recours à aucune indication convenable. Il n'est pas sans intérêt de rechercher comment la mort survient dans de pareilles conditions. Les malades qui succombent à la cachexie anémique meurent toujours dans un état fébrile très-prononcé. C'est un fait sur lequel M. le

professeur Trousseau a souvent appelé notre attention. Lorsque la débilité est extrême, lorsque l'état de cachexie anémique est aussi avancé que possible, la fièvre commence à s'allumer, le pouls devient d'une très-grande fréquence, tout en restant petit et dépressible, la peau d'une chaleur âcre, la fièvre est continue, s'accroît chaque jour, puis le malade est pris d'un peu de délire, calme d'ailleurs, au milieu duquel il succombe. C'est ainsi qu'on meurt dans la cachexie paludéenne. La fièvre précède toujours de quelques jours, ordinairement même de quelques semaines, le moment fatal.

Ce phénomène pathologique nous semble d'un grand intérêt. A quelle cause rapporter cette fièvre qui se produit tout à fait spontanément dans la période extrême de l'état anémique ? Sous quelle influence naît-elle, sans qu'aucun travail, soit phlegmasique, soit autre, se développe dans l'économie ? Comment voir là un phénomène de réaction ? Ce sont autant de questions impossibles à résoudre ; mais le fait d'observation n'en reste pas moins, et il nous semble d'une grande valeur en pathologie générale. En constatant un pareil phénomène, on n'est plus étonné de voir la cachexie scorbutique s'accompagner, à un certain moment de sa durée, d'un état fébrile très-prononcé, en l'absence de toute lésion locale, même peu étendue. Ce n'est d'ailleurs là qu'un des points de l'histoire des maladies essentiellement constituées par une altération des liquides et particulièrement du sang, sans aucune lésion appréciable des solides.

Tous ces symptômes si différents, la production d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses, l'exhalation de sérosité dans l'intérieur des cavités séreuses, enfin l'état fébrile dans la période extrême de la maladie, reconnaissent pour cause commune et essentielle l'altération du sang. C'est parce que ce liquide a perdu sa plasticité, qu'il s'exhale à la surface des membranes muqueuses, où le réseau vasculaire est si abondant, qu'il perd, dans l'intérieur des cavités séreuses, toute sa partie séreuse, et qu'un travail fébrile se développe. Le sang est altéré dans sa constitution intime, comme il l'est dans les états d'anémie la plus avancée, dans celle qui suit d'abondantes hémorrhagies : d'un côté, diminution absolue et relative dans le chiffre des globules, d'un autre côté, prédominance absolue et relative aussi dans la quantité d'eau. Comment s'est opérée cette déperdition des globules ; comment s'est produite cette augmentation de la partie aqueuse du sang ? Ce sont là des questions dont la chimie organique, si facile à invoquer toutes les fois qu'il s'agit d'altérations du sang, ne saurait véritablement rendre compte. Il se

produit là ce qu'on observe chez la plupart des femmes qui deviennent chlorotiques. Pendant des années, les règles coulent abondamment. Chaque mois, par conséquent, la malade perd une quantité considérable de globules sanguins. Sous une influence quelconque les règles se suppriment, la chlorose se développe, et voilà que la malade, qui n'a plus de pertes de sang, a pourtant le sang appauvri, dépourvu de globules comme à la suite d'une abondante hémorrhagie. Ce sont des phénomènes physiologiques et pathologiques vraiment impénétrables.

La cachexie paludéenne présuppose évidemment l'infection par les effluves des marais, soit que cette infection se traduise par des accès de fièvre intermittente, soit qu'au contraire elle ne s'accompagne d'aucune manifestation symptomatique. On comprend dès lors comment le traitement préventif de cette affection consiste à soustraire les individus à l'influence des effluves délétères. Il arrive pourtant certaines conditions où cette influence s'exerce fatalement, avec plus ou moins de rapidité pourtant. Tel est le fait d'une habitation prolongée dans une contrée marécageuse.

Pour prévenir dans ce cas l'infection paludéenne, on peut avoir recours soit à des moyens hygiéniques, soit à des agents médicamenteux. Il y a déjà longtemps que certains auteurs avaient émis cette opinion, que l'infection paludéenne ne se produit que le matin, ou le soir et la nuit, c'est-à-dire au moment où les rayons solaires ne paraissent plus. Ils avaient remarqué qu'en général on peut rester impunément au milieu des endroits les plus marécageux, tant que le soleil est sur l'horizon, et surtout si ses rayons sont très-vifs; qu'au contraire, il suffisait souvent d'une simple promenade le soir pour subir l'influence des effluves paludéens et prendre la fièvre intermittente. C'est un fait qu'un observateur éminent, M. Bretonneau, a lui-même, avec son extrême sagacité, vérifié plusieurs fois. Si ce fait est définitivement acquis à la science, et de nombreuses observations tendent à le démontrer, on comprend de quelle importance il est dans la prophylaxie de la cachexie paludéenne. Le maladie deviendrait ainsi, dans un grand nombre de cas, bien facile à prévenir.

Les moyens médicamenteux, à l'aide desquels on peut s'opposer au développement de la cachexie paludéenne et prévenir toute manifestation de l'infection miasmatique qui la détermine, sont d'une action encore incertaine et contestable. Ils consistent dans l'administration des diverses préparations de quinquina. Est-il vrai qu'on puisse empêcher l'infection paludéenne, ou tout au moins en neutraliser les effets à mesure qu'elle se produit, s'op-

poser à ce qu'aucune manifestation symptomatique apparaisse par l'usage du quinquina ? Un bon nombre d'auteurs n'hésitent pas à l'affirmer, et apportent à l'appui de leur opinion des faits assez nombreux. D'autres, au contraire, nient d'une manière formelle l'influence préventive de ce précieux médicament, si puissant quand la maladie est déjà déclarée. La question nous semble encore indécise. Il est hors de doute que l'administration d'un tonique aussi puissant que le quinquina, aidée de soins hygiéniques bien entendus, d'une alimentation convenable, pourra retarder le développement de la cachexie paludéenne ; mais nous ne croyons pas qu'on ait encore démontré que l'administration de quinquina prévenait l'infection paludéenne, ou tout au moins ses manifestations. On peut donc dire, en thèse générale, qu'il convient de prescrire les préparations de quinquina, une alimentation tonique, aux individus placés dans les foyers de fièvre intermittente, avant même qu'ils aient subi l'influence paludéenne ; mais qu'on ne doit considérer alors le quinquina que comme un puissant tonique, et ne pas compter sur une action analogue à celle qui se produit lorsque déjà se sont manifestés des accès de fièvre intermittente.

La médication curative de la cachexie paludéenne mérite une sérieuse considération, en raison des heureux résultats dont elle est suivie lorsqu'elle est convenablement dirigée. Il importe d'ailleurs, pour bien préciser l'opportunité de l'administration des divers moyens dont elle se compose, de tenir un grand compte des degrés de la maladie, c'est-à-dire des périodes différentes auxquelles elle est arrivée. On peut cependant dire, en thèse générale, que le quinquina et ses diverses préparations en forment toujours véritablement la base.

Pour apprécier les indications thérapeutiques différentes qui peuvent se présenter dans la cachexie paludéenne, suivant le moment de sa durée, on peut établir trois périodes, ou plutôt trois états bien distincts.

Lorsque la cachexie paludéenne ne se manifeste que par la pâleur générale, avec la mollesse des tissus, la faiblesse des malades, leur impossibilité de se livrer à un exercice qui exige un grand développement de forces, lorsque enfin la cachexie est à son degré le plus simple, avec ou sans accès réguliers de fièvre intermittente, c'est au quinquina avant tout qu'il convient de recourir. Depuis l'invention du sulfate de quinine, l'usage s'est généralement introduit de préférer cette substance, d'une administration plus facile, au quinquina en nature. Cette préférence nous semble peu fondée. L'action tonique du quinquina est plus

puissante que celle du sulfate de quinine. Il en est de même de son action fébrifuge. La dose de poudre de quinquina, qui suffit pour mettre fin à une fièvre intermittente, contient une proportion de quinine qui, même à l'état de sulfate, serait insuffisante à produire le même résultat. Le quinquina en nature nous semble donc devoir, à moins de quelque contre-indication absolue, être préféré au sulfate de quinine. M. le professeur Trousseau préconise aussi, dans ces cas, l'association des préparations ferrugineuses au quinquina. La limaille de fer, le sous-carbonate, la teinture de mars, sont des moyens que nous avons vu administrer avec un grand avantage. Ainsi, en thèse générale, dans la période de début de la cachexie paludéenne, le quinquina, les ferrugineux, aidés d'une alimentation substantielle, forment la médication que nous avons vue amener les plus heureux effets.

La seconde période aurait pour caractère la production d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses : c'est encore au quinquina et aux ferrugineux qu'il convient alors de recourir. Il arrive pourtant quelquefois que, malgré l'emploi méthodique de ces moyens, les hémorrhagies continuent et que l'état anémique augmente. C'est dans ces cas que nous avons vu administrer avec avantage les toniques astringents, le tannate de fer par exemple, souvent prescrit par M. Trousseau, en potion composée de sulfate de fer et de tannin. Le cachou, le ratanhia, peuvent être, sans inconvénient d'ailleurs, substitués à l'acide tannique.

La troisième période, enfin, aurait pour caractère des infiltrations du tissu cellulaire, et les épanchement séreux des cavités splanchniques. L'observation nous a démontré que, dans ces conditions, l'administration des préparations ferrugineuses exigeait une grande prudence; qu'il convenait de prescrire des doses plus faibles, et d'en suspendre l'usage dès que le médicament n'est plus facilement toléré. C'est encore aux préparations de quinquina qu'on doit avoir recours. Mais il convient de leur associer certaines substances d'une action diurétique puissante. La scille et la digitale réunies à très-petite dose, 5 centigrammes de poudre de scille et de feuilles de digitale produisent ordinairement une abondante diurèse qui diminue les épanchements séreux en facilitant leur résorption. Ce sont donc là de précieux moyens, dont il importe de ne pas négliger l'emploi. La cachexie paludéenne, traitée avant que la fièvre cachectique se soit développée, n'est point au-dessus des ressources de l'art; elle les dépasse si la médication est trop tardive et peu énergique.

3. *Traitement de l'épilepsie*; par M. Delasiauve, médecin de Bicêtre.

(Suite et fin : *voir* t. V, mai 1847, p. 12; t. VI, juin, p. 66; t. VII, juillet, p. 65; t. IX, septembre, p. 15; t. XI, novembre, p. 17; t. XII, décembre, p. 1; t. I, janvier 1848, p. 1; t. II, février, p. 1.)

(Annales médico-psychologiques, mars 1848)

Nous venons d'apprécier les ressources thérapeutiques que l'art est en mesure d'opposer à l'épilepsie. Malgré les obscurités que le sujet comporte, et que nous n'avons pas toutes signalées, il résulte évidemmeut de cet examen que le traitement médical n'est pas absolumont dépourvu d'utilité, et que vraisemblablement il serait moins stérile encore s'il était toujours appliqué avec discernement et prévoyance. Toutefois, ce ne serait pas assez que ce traitement lui-même fût approprié au mal et convenablement dirigé. Souvent entretenue par de pernicieuses influences, par des penchants vicieux, par des écarts de régime, l'épilepsie résisterait infailliblemement, si l'on n'obviait, par une hygiène bien entendue, à ces conditions qui contrecarrent l'effet des remèdes. L'importance du traitement hygiénique égale, si elle ne surpasse, celle du traitement médical. Il est même des praticiens qui, incrédules à l'endroit de ce dernier, placent exclusivement leurs espérances de guérison dans l'attention scrupuleuse qu'apportent les malades à éloigner les causes qu'ils savent provoquer leurs accès, à favoriser l'action des agents naturels capables de changer leur constitution, de refaire, pour ainsi dire, leur tempérament. Et cela se conçoit, d'après les considérations précédemment émises, puisque empêcher ainsi la fréquence des attaques, c'est affaiblir en même temps le besoin périodique qu'éprouve l'économie de les reproduire, Indiquons donc, sous ce rapport, ce que les épileptiques ont à faire et à éviter.

Hippocrate, nous l'avons dit, conseillait le changement de climat. Ce grand praticien supposait avec raison que les impressions produites par une température différente, par l'aspect d'un autre ciel et de nouveaux sites, étaient de nature à modifier la direction de l'action nerveuse et à opérer une diversion propre à supprimer la disposition épileptique. Van-Swieten mentionne plusieurs individus, atteints du mal caduc, qui n'avaient pas eu d'accès tout le temps qu'ils étaient restés dans les grandes Indes. Malheureusement ce changement n'est à la portée que d'un petit nombre de personnes. Dans le cas où il est possible, on doit préférer un climat doux, tempéré, peu exposé aux vicissitudes atmosphériques; non que nous sachions au juste si l'on est plus sujet à l'épilepsie dans les pays chauds que dans les pays tempérés,

dans ces dernières contrées que dans les régions septentrionales : aucune statistique n'a été faite à cet égard; mais ce qui n'est point douteux, ce qu'il est facile de constater dans les établissements destinés aux épileptiques, c'est que chez nous les accès ne sont jamais plus mutipliés que durant les froids rigoureux et les extrêmes chaleurs, et surtout qu'aux époques de transition d'une température à une autre, ou lorsque celle-ci subit des variations continuelles.

Le régime diététique joue, sans contredit, le principal rôle dans le traitement hygiénique de l'épilepsie. Galien interdit tous les aliments visqueux, flatueux, ou qui peuvent faire monter le sang à la tête, et recommande pour boisson, à l'exclusion du vin, de l'eau oxymellée. Tissot considère la sobriété comme la base de la guérison de la maladie. Selon lui, une nourriture abondante est un poison pour les épileptiques, et il importe de réduire leurs aliments à la moindre quantité possible pour vivre et se bien porter. Quant à la nourriture elle-même, les substances qu'il préfère sont les viandes blanches, le poisson de rivière, les légumes les plus digestibles d'entre les farineux, les fruits bien mûrs, parfois un peu de bœuf ou de mouton tendre. Il rejette, au contraire, les viandes noires qui font beaucoup de sang et un sang âcre, les œufs, les pâtisseries, les fritures, l'oie, le canard, le cochon, et en général les viandes grasses salées, fumées ou venées, l'anguille, la raie, la sèche, la merluche, les écrevisses, les truffes, les artichauts, les asperges, le céleri et le persil. L'eau est la seule boisson dont il permette l'usage ; et pour montrer les inconvénients du vin, il cite l'exemple de plusieurs malades qui sont demeurés incurables faute de s'en être abstenus. La plupart des auteurs professent des principes semblables à ceux de Tissot et de Galien ; et s'il y a entre eux quelque divergence, elle porte moins sur le fond même que sur certaines particularités de l'alimentation. C'est ainsi que les fruits, que différents légumes, proscrits par les uns comme crudités nuisibles, exercent aux yeux des autres, par leurs propriétés rafraîchissantes, une salutaire influence sur la circulation et les fonctions digestives.

Il nous paraît difficile de tracer une ligne exacte de démarcation entre les diverses substances liquides ou solides dont le régime se compose. Le tempérament, l'idiosyncrasie des individus, l'etat actuel de leur constitution, leur manière habituelle de vivre, doivent naturellement déterminer, sous ce rapport, d'assez nombreuses variations. Cependant, il est vrai de dire que les préceptes exposés ci-dessus sont applicables à l'immense majorité des cas. L'excès dans la quantité des aliments ou des boissons

communique au sang une excitabilité dangereuse. Il en est de même de leur qualité stimulante ou trop réparatrice. Toute infraction aux règles de la tempérance est punie par une recrudescence des attaques. Le malade de Dumas n'en était surpris le plus souvent qu'après s'être enivré de punch.

Tralles parle d'un homme qui était beaucoup mieux dès qu'il ne prenait point de vin, et dont le mal redoublait dès qu'il en buvait (*De opio*, t. III, p. 32). Dans nos maisons, lorsque nous cherchons à nous expliquer l'apparition inattendue d'accès plus nombreux et plus forts qu'à l'ordinaire, il nous arrive fréquemment d'en rencontrer la cause dans une imprudence de régime. Ces sortes de paroxismes coïncident communément avec les sorties accordées quelquefois aux épileptiques pour aller visiter leurs familles. Nous avions l'an passé un jeune garçon de quatorze ans à qui ses parents témoignaient la plus tendre affection. Lorsqu'il leur était confié, en dépit de toutes les recommandations que nous leur faisions et des conditions mises par nous à la faveur qui lui était accordée, ils ne pouvaient s'empêcher de le bourrer de friandises; mais il ne revenait jamais de chez eux sans éprouver le lendemain l'effet de leur aveugle empressement à lui être agréable.

A l'instar de Tissot, nous croyons que la diète des épileptiques doit être plus végétale qu'animale. Les légumes, et surtout les légumes frais, les fruits rafraîchissants, les pruneaux, sont spécialement convenables. On fait dans les établissements publics un fréquent emploi de fromages de Gruyères; ceux-ci seraient remplacés avec un grand avantage par des fromages ordinaires, récemment préparés. L'abstinence complète du vin est peut-être une privation trop rigoureuse; nos malades en boivent une certaine proportion sans s'en trouver incommodés. Ce qui est désirable, c'est qu'il soit pris avec une extrême modération et choisi parmi les moins excitants. Nous nous trouvons généralement bien du lait, soit froid, soit coupé avec de l'eau sucrée, de la limonade, du petit lait et autres boissons rafraîchissantes. Il est présumable que la petite bière, nutritive à la fois et diurétique, n'aurait point de résultats moins utiles et pourrait servir de boisson ordinaire; quelques praticiens l'ont du moins recommandée.

Il y a des malades qui ont leurs attaques dans la nuit. Tissot observe judicieusement que la prudence conseille à ces malades de ne faire qu'un léger repas le soir, afin d'éviter d'accroître la pléthore cérébrale, si favorable aux accès, que le sommeil tend toujours à augmenter.

L'entretien du libre exercice des fonctions est un point qui n'est pas à négliger chez les épileptiques. Il importe que la transpiration insensible s'opère d'une manière normale, qu'aucun obstacle n'entrave la circulation du sang. En se portant à la périphérie du corps, le mouvement sanguin ne forme point à l'intérieur ces congestions qui amènent les accès. Les soins de propreté sont ici parfaitement indiqués. A une toilette soigneusement faite chaque matin, il est opportun de joindre de temps en temps des bains entiers, des pédiluves, des frictions sur divers endroits de la surface cutanée. Les vêtements les mieux appropriés sont ceux qui, suffisamment chauds, maintiennent une douce moiteur à la peau, et, point trop étroits, ne gênent en rien la liberte des organes. Les cravates épaisses, dures et serrées, ces espèces de prisons qu'on nomme des corsets, en faisant refluer le sang vers la tête, contribuent à rendre les accès plus fréquents : on doit les proscrire. Il convient, enfin, que les cheveux soient coupés courts et que la coiffure soit légère. Les chapeaux de paille, qui sont dans ce cas, ont encore un autre avantage, celui de ne point intercepter aussi complétement que les casquettes ou les autres chapeaux les courants d'air qui circulent sur la tête, ni l'évaporation dont celle-ci est le siége. Etant couché, le malade doit reposer sur un oreiller, assez élevé pour faciliter le cours du sang dans le cerveau et prévenir un engorgement favorable à la production des attaques.

Ce que nous venons de dire des fonctions cutanées est également applicable aux fonctions digestives. La constipation a surtout deux graves inconvénients ; elle ne réagit pas seulement sur l'encéphale, comme chacun sait, elle nuit aussi par les efforts de défécation qu'elle nécessite. Contre ce symptôme, on a la ressource des lavements et des légers minoratifs. Les moyens auxquels nous avons habituellement recours sont le bouillon de veau aux herbes, le petit lait de Weiss ou tamariné, l'eau de sedlitz, les pruneaux, etc.

Une fonction dont la régularité n'est pas moins essentielle à la santé des épileptiques que celle des précédentes, c'est la menstruation chez les femmes. Il suffit du seul travail qui a lieu aux époques cataméniales pour ramener les attaques ou en augmenter la fréquence. Les désordres auxquels l'écoulement menstruel est sujet sont généralement le signal de l'aggravation des accidents. On favorise cet écoulement par l'application de sangsues à la vulve, par des fumigations dirigées sur les parties sexuelles, et de légères infusions emménagogues de camomille, de rue, d'armoise, etc.

La continence, ainsi que nous avons déjà eu occasion de l'observer, est la vertu des individus qui ont le malheur d'être atteints du mal caduc. Il y a, en effet, entre l'ébranlement nerveux qui accompagne l'acte vénérien et l'émotion qui occasionne les attaques épileptiques, une trop grande analogie pour que cet ébranlement n'ait pas, en général, les plus funestes suites. Les masturbateurs sont ceux qui, en général, se font remarquer par le grand nombre de leurs accès. Il existe en ce moment dans notre hospice un malade, qui prouve bien à quels dangers exposent les rapprochements sexuels. Tant qu'il reste dans l'établissement soumis au régime qu'on y suit, à la discipline qu'on y exerce, ses chutes sont rares, et il n'a plus que des accès d'agitation maniaque peu fréquents. Au dehors, au contraire, les attaques se multiplient considérablement et sont presque toutes suivies d'aliénation mentale. Ce malheureux est marié à une femme qui l'aime et a pour lui toutes les prévenances possibles ; il sent vivement le prix de la liberté et supporte avec d'autant plus d'amertume les inconvénients de la séquestration, qu'il gémit d'une séparation douloureuse. Cependant, vainement cédant à ses instances, auxquelles s'unissaient celles de sa femme, avons-nous dix fois consenti à sa rentrée dans la société au moment où sa convalescence semblait assurée ; constamment le prompt retour des accidents, dont il avoue lui-même la cause, l'a contraint de le réintégrer dans l'asile. Et aujourd'hui, il a été tellement convaincu par l'expérience de l'inutilité de tentatives nouvelles, qu'il est depuis six mois résigné à son déplorable sort.

Les épileptiques ont besoin d'une vie paisible et exempte de tracasseries. Tout ce qui tend à surexciter leurs sentiments, à remuer leurs passions, les secousses violentes de l'amour, les contrariétés, les chagrins, ont pour inévitable résultat d'ajouter à l'intensité de leur mal. Leur situation commande spécialement, de la part des personnes avec lesquelles ils vivent ou qui sont appelées à leur donner des soins, des ménagements extrêmes. Ces infortunés sont, pour la plupart, susceptibles et irritables, surtout à l'approche et à la suite de leurs accès. La moindre cause suffit pour provoquer leur colère et jeter le désordre dans leurs idées. Avec de la douceur et de bons procédés, on parvient le plus souvent à modérer leur agitation, à leur faire traverser insensiblement ces moments de crise. Mais si on les brutalise, si on cherche à comprimer par la rigueur leur mauvaise humeur ou leurs emportements, on court la chance presque certaine d'accroître leur violence avec leur maladie, et de les porter même à de redoutables excès.

L'exercice est éminemment salutaire aux épileptiques. Une vie inactive, sédentaire, sans expansion, en affaissant les organes, exagère la disposition morbide et rend plus déplorables les conséquences des accès. On ne rencontre toutefois, à cet égard, que des notions insuffisantes dans les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie. Hippocrate attachait une assez grande importance aux exercices corporels. La plupart des médecins anciens étaient dans le même cas; ils recommandaient en particulier les promenades dans des lieux salubres, tranquilles, pittoresques, où l'œil pût se reposer sur des perspectives attrayantes. Galien, entre autres, voulait que cette promenade eût lieu avant les repas. Les praticiens des derniers siècles ont été moins explicites. Excepté Boerrhaave, qui est entré dans quelques détails, ils se bornent en général à rappeler, sans même les reproduire, les idées de leurs prédécesseurs. A peine s'il en est fait mention dans Tissot et Portal. Toute la doctrine d'Esquirol se réduit à ce vague précepte, susceptible d'ailleurs de plus d'une objection sérieuse : « Celui-ci, dit-il, se livrera à la culture de la terre, montera à cheval, s'exercera à la gymnastique, à la natation, à l'escrime. »

Parmi les modernes, M. Ferrus est un de ceux qui ont fait de l'ordre d'influences hygiéniques, dont nous nous occupons, la plus large application au traitement de l'épilepsie. « Je ne crois pas, écrit-il dans la note qu'il nous a remise, qu'il faille renoncer aux modifications de l'économie qui appartiennent à la thérapeutique ; mais j'ai toujours pensé, avec Hipprocrate, que le meilleur moyen de combattre, sinon de guérir complétement les malades, devait être cherché dans le régime, les *exercices physiques* et *moraux* et les habitudes du malade. » M. Ferrus se montre surtout partisan des travaux qui s'exécutent au dehors, notamment des travaux agricoles et de ceux du jardinage. Ces travaux, en effet, n'ont pas seulement l'avantage, en rapprochant l'homme de la nature, de calmer les agitations de son âme ; ils diminuent aussi l'éréthisme du système nerveux par le bienfait d'une insolation et d'une aération vivifiantes, qui sont en même temps d'excellents sédatifs. Notre honorable maître fut à portée d'en apprécier les heureux résultats pendant qu'il dirigeait, comme médecin en chef, le service médical des aliénés de Bicêtre, lorsque, sur ses instances jointes à celles de M. Mallon, directeur de l'asile, l'administration des hospices prit l'importante détermination d'employer aux occupations des champs, des jardins, de la buanderie, aux terrassements, etc., les aliénés et les épileptiques, qui jusqu'alors avaient langui dans une pernicieuse oisiveté. Une amélioration considérable s'opéra pour

ainsi dire subitement dans l'état de ces malheureux, et notamment des épileptiques, qui virent leurs accès perdre de leur fréquence et leur santé générale renaître.

Ce n'est pas, du reste, aux seuls malades traités dans l'hospice que profita le travail agricole. M. Ferrus l'a conseillé avec succès à un grand nombre de clients appartenant aux classes aisées de la société. « Dès le début de ma carrière, poursuit-il dans la note précitée, j'ai obtenu par cette méthode l'un des plus beaux cas de guérison et peut-être l'un des plus complets qu'il soit possible d'obtenir. » Or, ce cas est celui d'un homme dont l'histoire, récemment publiée à un autre point de vue, présente des particularités vraiment curieuses. M. L*** habitait autrefois Paris, où il jouissait d'une fortune honnête et entretenait des relations agréables. Tout à coup viennent à se déclarer des attaques épileptiques, qui, rares d'abord, finissent par se renouveler à des intervalles fort rapprochés. Des traitements prescrits par différents médecins sont vainement suivis avec exactitude. M. Ferrus consulté ordonne à son tour des remèdes qui restent également infructueux. On peut juger du désespoir du malade. Cependant celui-ci avait en Suisse une sœur, propriétaire d'un vaste domaine, situé dans une des plus belles contrées de ce pays. M. Ferrus engage son client à se rendre auprès d'elle et à se résigner à être son jardinier pendant deux ou trois années. Le sacrifice était grand ; mais à quoi ne se résoudrait-on pas dans l'espoir de guérir d'une infirmité aussi cruelle ? M. L... se décide, et part... Vingt ans s'écoulent, et M. Ferrus n'en reçoit aucune nouvelle. Mais un beau jour, notre confrère est appelé en qualité de médecin-légiste pour examiner à St.-Ouen, conjointement avec MM. Falret, Calmeil et Bricheteau, la situation mentale d'un vieillard, dont la famille poursuivait l'interdiction pour cause de démence. La présence d'esprit de cet individu, sa mémoire, lui permettent encore de répondre d'une manière assez nette aux questions qu'on lui adresse. En l'interrogeant sur ses antécédents, on s'informe s'il n'a point dans sa vie éprouvé d'accidents qui auraient pu avoir quelque rapport avec son affection actuelle. Son premier mouvement est d'hésiter ; puis bientôt il se ravise, et comme s'il se rappelait un vague souvenir, il avoue qu'effectivement il avait été sujet, il y a bien longtemps, à des accès nerveux ; mais que, grâce aux *singuliers conseils* d'un médecin de Paris, ces accès, promptement dissipés, n'avaient plus reparu. Ce médecin, dont le malade faisait d'inutiles efforts pour retrouver le nom, quel était-il ? Le lecteur l'a déjà désigné : M. Ferrus lui-même, qui avait en face son ancien client sans le reconnaître. Ce dernier

n'avait pas séjourné trois mois chez sa sœur, s'occupant du jardinage, que ses attaques avaient cessé de se manifester. Il s'était, au surplus, si bien accoutumé à ce genre de vie, qu'il vécut pendant un grand nombre d'années sans songer à quitter cette position. A l'influence de l'exercice en plein air, peut-être, dans ce cas, doit-on joindre celle du changement de climat.

Un officier de marine avait été contraint d'abandonner sa profession, par suite d'attaques épileptiques. MM. Ferrus et Moynier, qui le voyaient ensemble, lui donnèrent l'avis d'entrer, comme élève agriculteur, à la ferme de Grignon. Il y resta un an, et guérit.

M. Ferrus a vu également un jeune homme grêle et faible qui, atteint, depuis deux ans, d'une épilepsie qu'il dissimulait avec le plus grand soin, entra comme volontaire au service, et dès lors ne revit plus ses accès. Il cite encore un nommé Roubaix, qui fut délivré des siens en s'adonnant à la culture. Ce malade avait, indépendamment de son mal, une fréquence et un développement excessifs des battements artériels, qui furent très-soulagés par l'usage des moyens propres à ralentir l'action du cœur.

Les avantages qui résultent de l'exercice ne sont pas, du reste, aux yeux de M. Ferrus, exclusifs des autres précautions hygiéniques. Avant lui, on laissait à Bicêtre les épileptiques sortir à volonté. Il fit cesser cet abus, qui les exposait à commettre des excès funestes de boissons alcooliques et de plaisirs vénériens. Le régime était uniforme pour tous les malades ; il obtint qu'on le modifiât suivant l'intensité des accidents et la constitution des individus. Le vin put être remplacé par du lait; enfin il ne fut plus permis, soit aux personnes du dehors ou aux employés de la maison, de recevoir chez eux aucun épileptique en qualité d'ouvrier ou de serviteur.

Tous les exercices ne conviennent pas aux épileptiques : l'équitation, la natation, l'escrime même, prescrites par Esquirol, offrent des dangers de nature à les faire interdire. Cette proscription doit également s'étendre à ceux qui exigent trop de dépense d'activité ou de force, qui obligent à avoir la tête baissée ou dans lesquels le corps est exposé à une chaleur ou à une lumière très-ardente. Il y a quatre jours à peine, un de nos enfants épileptiques est surpris à l'improviste d'une violente série d'accès. La veille, il avait ciré un parquet, à genoux, et en se servant de la brosse avec ses deux mains. Nul doute que la position inclinée qu'il a gardée ainsi tout le jour, en congestionnant le cerveau, n'ait à la fin hâté les attaques et contribué à leur gravité.

La variété convient également à l'exercice pris par les épileptiques. Il importe que leurs travaux, surtout ceux qui demandent quelque application, alternent fréquemment et soient entremêlés d'utiles délassements. Parmi ces travaux, les occupations intellectuelles et artistiques méritent spécialement une place importante. Toute contention d'esprit, en fatiguant le cerveau, pourrait devenir nuisible. Toute science qui absorbe la pensée et sollicite une médication profonde aurait des inconvénients. Mais il est telles distractions, telles études auxquelles on peut se livrer sans des efforts dangereux. La lecture, le dessin, la musique, les compositions légères, les éléments de certaines connaissances, chimie, botanique, physique, etc., procurent plus de satisfaction que de tourment, et soutiennent les forces morales, loin de les épuiser. Leur bienfaisante influence change, en sentiments de gaieté et de calme, l'ennui, la tristesse, l'irritabilité si ordinaires aux épileptiques, et seconde dans l'économie ce mouvement d'expansion générale, l'un des obstacles les plus efficaces à la production des accès.

Assez mal appréciées jusqu'ici, ces médications ont encore été plus imparfaitement suivies. On s'est moins attaché à modifier l'épilepsie par un judicieux emploi des puissances hygiéniques qu'à la combattre par des remèdes. D'importantes améliorations cependant ont été, dans ces dernières années, réalisées dans nos établissements d'aliénés. A Bicêtre, notamment, les travaux extérieurs ont reçu une fructueuse extension ; on a augmenté le nombre des ateliers et institué des écoles, où les épileptiques sont admis avec les autres malades. Ces innovations, pour lesquelles l'administration a manifesté le zèle le plus vif, ne répondent pas sans doute à toutes les exigences. Il y a beaucoup à faire, particulièrement en ce qui concerne les épileptiques adultes. L'administration elle-même ne se dissimule pas qu'une lacune reste à combler. Mais à chaque œuvre son époque. Si l'on n'a pas atteint les limites de la perfection, il ne faut pas en accuser un mauvais vouloir ou une indifférence, démentis par tant de témoignages. Cela dépend de l'insuffisance des localités, qui ne permet ni de catégoriser convenablement les malades, ni de créer et d'utiliser toutes les ressources nécessaires au traitement. Les épileptiques adultes, disséminés, en effet, dans toutes les parties de l'asile, sont confondus, ici avec les aliénés en traitement, là avec les aliénés incurables. Tous ne peuvent fréquenter régulièrement les écoles. Spécialement destinées aux insensés, celles-ci sont trop peu spacieuses pour recevoir à la fois les deux ordres de malades. Elles sont moins un lieu d'instruction et d'exercices

qu'un endroit de refuge et de repos, où chacun fait à peu près ce qu'il veut et comme il l'entend. La présence des épileptiques y est d'ailleurs assez importune par les chutes auxquelles ils sont exposés; car au trouble qui en résulte dans la classe, ces chutes ajoutent l'embarras de reconduire ceux qu'une attaque a surpris dans des quartiers plus ou moins éloignés. Le travail des champs nécessite un déplacement qui prive d'y prendre part les individus tourmentés par de nombreux accès. Sujet à être interrompu par les intempéries des saisons, il en livre ainsi une foule d'autres à de fréquents et fâcheux chômages. Les occupations du dedans ne suffisent pas pour remplir les intervalles d'inaction. Sauf le tressage de la paille, auquel, soit inaptitude ou dégoût, plusieurs malades se refusent, il n'y a point d'ateliers particuliers dans la division des aliénés. Et non seulement ceux qui existent sont situés en dehors de cette division, mais, établis en vue des besoins privés de l'établissement, ils ne reçoivent qu'un petit nombre de travailleurs. Dépourvus, en outre, de moyens de surveillance, on ne peut y envoyer que les malades qui sont assez tranquilles, ou assez rarement frappés de leur mal, pour pouvoir se passer d'une protection efficace. La plupart des épileptiques n'ont enfin pour récréation qu'une promenade insipide, dans une enceinte étroite, triste et monotone. Ajoutons que, répartis entre les différents services médicaux, ils échappent à toute direction thérapeutique, large et féconde. Chacune des fractions se trouve trop restreinte par le nombre pour devenir le sujet d'expériences pratiques véritablement sérieuses et concluantes : sans compter que l'intérêt obligé et pour ainsi dire exclusif, accordé par les médecins aux aliénés, les distrait des soins assidus qu'ils devraient aux épileptiques. Tout cela n'aurait point lieu si ces malheureux étaient réunis dans un quartier spécial, entouré de terrasses et de jardins suffisamment vastes, pourvu d'ateliers, d'écoles, d'appareils gymnastiques, et placés sous une autorité médicale, unique et distincte.

Les enfants sont beaucoup mieux partagés que les adultes. Soumis à une discipline commune avec les idiots, dont plusieurs sont eux-mêmes épileptiques, leur journée entière est remplie par des travaux, des exercices et des amusements se succédant sans relâche, à des heures déterminées. Les moments les plus longs se passent à l'école, qui sert en même temps de gymnase, et où chacun est tenu de se rendre. Pendant les classes, qui ouvrent le matin et l'après-midi, les enfants, divisés par groupes selon leur force et leur aptitude, s'adonnent, sous la conduite d'un maître aussi zélé qu'habile, M. Vallée, et d'aides intelli-

gents, à des occupations respectivement appropriées. Les plus capables lisent, écrivent, calculent, étudient la géographie, la grammaire, dessinent, peignent, etc. Les plus arriérés désignent les lettres, épellent, tracent des caractères; on leur apprend, par des procédés ingénieux, à discerner les qualités sensibles des corps, les couleurs, les sons, les odeurs, les saveurs, les formes, etc. Au bruit du tambour qui les guide et les anime, tous prennent part à des marches, à des évolutions ayant pour but, par des pas et des poses formés avec ensemble et cadence, de développer la constitution, de donner de la précision aux mouvements, de l'agilité aux membres. La musique, la danse, font partie de cette éducation. Plusieurs fois la semaine, il y a concert dans la soirée. L'instant du travail arrive. Les écoliers, devenus ouvriers, se hâtent vers la besogne qui leur est départie, ceux-ci dans les champs, ceux-là dans un atelier commun, où, sous différents chefs experts dans leur profession, chaque vocation trouve son emploi dans la menuiserie, la cordonnerie, la chaussonnerie, etc. Lorsqu'enfin le tintement, impatiemment attendu, de la cloche annonce la récréation, joyeux ils se répandent dans un enclos qui leur est réservé, et se livrent avec ardeur aux divertissements de leur âge.

Ce n'est point ici le cas d'envisager l'influence d'un tel enseignement sur les idiots. Nous saisirons, néanmoins, cette occasion pour exprimer en quelques mots notre sentiment sur une objection qu'on lui a faite. Quelques détracteurs de cet enseignement semblent le considérer comme à peu près stérile. Supposant à tort que les partisans de l'éducation des idiots espèrent ainsi combler la lacune qui sépare ces êtres dégradés des hommes ordinaires, il leur suffit, pour contester la valeur de cette éducation, d'apercevoir toujours un abîme entre ces deux existences; mais personne n'a élevé une prétention aussi folle. M. Voisin, l'un de ceux qui ont soutenu avec le plus d'énergie l'éducabilité de l'idiot, l'a dit le premier, et nous l'avons répété après lui dans notre *Essai de classification des maladies mentales*, publié il y a quatre ans déjà (p. 38) : *On ne peut modifier que ce qui existe*. Le caractère de l'idiotie, c'est l'exclusion de l'entendement, l'absence plus ou moins absolue des facultés supérieures, des facultés mêmes qui sont les principaux instruments de l'acquisition de nos connaissances. Dépourvu de ces instruments nécessaires, l'idiot l'est encore de ces notions que donne aux autres enfants le commerce habituel de la vie, et qui favorisent l'action de l'instituteur dans leur enseignement. Tels sont les obstacles qui s'opposent à son instruction, qui rendent ses progrès si lents

et si incomplets. Quoi qu'on fasse, il restera toujours lui, c'est-à-dire un être sans spontanéité réfléchie dans les actes, sans volonté réelle et persévérante, incapable de se passer d'un secours étranger, d'acquérir des idées générales de moralité et de justice, de comprendre ses intérêts et de les défendre. Est-ce à dire, néanmoins, qu'il n'y ait rien à faire en sa faveur, que, si l'éducation ne l'élève point à un degré remarquable dans l'échelle de l'humanité, elle ne puisse opérer en lui une transformation utile ?

Au milieu de sa dégradation profonde, l'idiot conserve des sens ouverts, des forces physiques quelquefois égales à celles des autres hommes ; il possède encore des instincts, des dispositions morales et affectives, des facultés artistiques plus ou moins prononcées. Or, l'expérience prouve qu'il n'est pas impossible de féconder tous ces germes dans une certaine mesure, d'agrandir la sphère restreinte de son intelligence, en multipliant autour de lui les impressions extérieures, de développer en lui quelques sentiments de sociabilité, de l'initier par l'imitation et l'usage à la pratique de diverses professions manuelles sous une direction *indispensable*. La gymnastique, qui augmente la vigueur de la constitution en même temps qu'elle imprime à l'attitude de la grâce, aux mouvements de la rectitude, détruit ou modifie ses tics si disgracieux, ses balancements si choquants pour la vue. La constante activité à laquelle on l'oblige amortit la violence des penchants brutaux, corrige les appétits déréglés, les habitudes vicieuses qui parfois contribuent à accroître l'infirmité de son esprit. Une communication permanente avec le monde qui l'entoure, ses rapports avec ses maîtres et ses camarades, les récompenses qu'il obtient, les privations qu'on lui inflige, tout cela suscite dans cette imagination, inerte en apparence, une notion confuse du bien et du mal, du plaisir et de la peine, soulève des sensations affectueuses, avive l'amour-propre. La pitié se fraie un chemin dans son âme ; il vivait dans la fange, objet de dégoût ; la propreté, la décence, lui sont devenues familières. C'était, en un mot, un fardeau pénible et embarrassant, l'éducation en a fait un être supportable et parfois même un serviteur utile. Ce résultat est immense.

Mais revenons à nos jeunes épileptiques. Les exercices, institués pour les idiots, devraient être créés pour eux, s'ils n'existaient pas ; car, au point de vue du développement de leurs facultés qui généralement sont intactes, et surtout sous le rapport des modifications qu'en éprouvent leur maladie et leur santé générale, ces exercices leur sont doublement avantageux. Si, en

effet, l'expansion physique et morale qui en résulte contribue, ainsi que nous en avons fait ailleurs l'observation, à diminuer l'intensité et la fréquence des attaques, elle tend, d'une manière non moins énergique, équilibrant, pour ainsi dire, leur influence détériorante, à secouer la torpeur dans laquelle les accès jettent les malades, à vaincre la tristesse et l'état d'irritation qu'ils occasionnent, à prévenir la dépression menaçante des forces musculaires. On a pu apprécier, à Bicêtre, les changements qui se sont opérés dans la situation des enfants atteints du mal caduc depuis l'introduction, dans cet établissement, il y a quatre ou cinq années, du travail, de l'étude, de la gymnastique et des jeux divers. Aujourd'hui, on ne compte plus guère, parmi les plus affligés par les chutes, que les impotents qu'une infirmité retient au lit et empêche de participer aux exercices communs. Chez les autres, en majeure partie, les crises n'apparaissent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés; la physionomie a perdu son expression triste et sombre, les mœurs se sont adoucies, la méchanceté, la colère, le penchant aux rixes et aux voies de fait, ont été remplacés par une humeur plus égale et des sentiments de bienveillance. Quelques-uns de ces malades, considérés comme guéris, remplissent même dans la maison des fonctions indépendantes.

La communauté des exercices ajoute beaucoup à leur prix. Loin d'être une gêne pour les enfants, ceux-ci les recherchent avec un véritable plaisir. Une salutaire émulation stimule, électrise les plus engourdis, tandis que l'isolement et la solitude enlèvent à l'âme son ressort. Nous citerons, comme exemple frappant des effets de ce contraste, un jeune épileptique appartenant à une famille de la commune même où est situé l'hospice. Ses accès, qui s'étaient déclarés il y a 14 mois environ, sans cause appréciable, se renouvelaient trois ou quatre fois par jour. On l'avait retiré de l'école communale où il apportait le trouble et l'effroi; on n'osait plus le laisser sortir. Nous fûmes consulté; mais le traitement que nous prescrivîmes, suivi pendant un mois avec exactitude, ne procura aucun soulagement. Jugeant alors que l'inaction forcée, à laquelle le malade était condamné, paralysait l'action des moyens qui lui étaient conseillés, nous pensâmes à lui assurer le bénéfice des exercices auxquels nos enfants sont soumis. A notre recommandation, l'excellent directeur de Bicêtre, qui a eu une si grande part à la fondation et à la prospérité de l'école consacrée aux idiots renfermés dans cet asile, eut l'extrême bonté de consentir à l'y admettre pendant le jour. M. Vallée voulut bien de son côté nous promettre son

concours empressé. Notre malade retrouvait de la sorte, avec la distraction qui lui était nécessaire, un enseignement qu'il n'avait pu continuer. Six semaines se sont écoulées depuis cette époque, et les accès, si fréquents auparavant, n'ont pas reparu encore. En revanche, l'enfant a recouvré son embonpoint et sa vivacité ordinaires.

Ces résultats nous paraissent dignes d'attention. Il s'ensuit, sinon la certitude, au moins la présomption de l'importance qui s'attache à l'incessante activité des facultés de l'esprit et du corps dans le traitement de l'épilepsie. Un regret toutefois accompagne l'espoir qui surgit, touchant la possibilité d'améliorer la condition des infortunés que cette affection tourmente. A Paris, l'administration des hospices, mue par des sentiments charitables auxquels on ne saurait trop applaudir, leur ouvre libéralement les portes de ses maisons d'aliénés. Mais on n'imite pas partout cette généreuse conduite. Dans la plupart des départements, les asiles de la bienfaisance sont fermés aux épileptiques. Cette exclusion n'est actuellement que rigoureuse, mais elle deviendrait inhumaine si, par des institutions analogues à celles que nous possédons et que tout leur fait un devoir de créer, les administrations des provinces pouvaient présenter à ces malades des chances de salut contre la plus triste des infirmités. Il serait également à désirer qu'il se formât des établissements privés, destinés aux classes aisées qui répugnent à réclamer le secours des hospices. L'épilepsie choisit ses victimes dans tous les rangs. Un grand nombre de malheureux, dans les familles les plus riches même, privés des soins urgents et des moyens de préservation que leur état réclame, voient leur mal s'aggraver dans l'ennui du désœuvrement. Que d'individus, peu avancés en âge surtout, dont la guérison serait obtenue peut-être par un traitement hygiénique convenable dans le principe de leur maladie ! L'instituteur de Bicêtre dirige, à Gentilly, une maison consacrée aux enfants, dont l'intelligence manque de développement et dans laquelle nous sommes chargé de visiter un jeune garçon fort intéressant, sujet malheureusement à des accidents de nature épileptique. Or, il a suffi du contact continuel avec d'autres camarades et des occupations variées, auxquelles on l'a assujetti, pour ajourner notablement le retour des accès, qui n'ont repris récemment un peu d'intensité que sous l'influence des premiers froids de l'hiver et d'une affection de poitrine qui touche en ce moment à son terme.

Des établissements, tels que nous les proposons, n'avaient pas une raison d'être parfaitement évidents, tant que le traitement

de l'épilepsie s'appuyait pour ainsi dire exclusivement sur l'action des agents thérapeutiques ; on pouvait recevoir des soins chez soi. Ils deviennent, au contraire, rationnels, indispensables, dès qu'il s'agit de la mise en œuvre d'un système, qui subordonne à des combinaisons savamment réglées les actes à accomplir aux diverses périodes du jour, et tire son principal effet de la réunion et des rapports des individus, auxquels s'applique l'ensemble des moyens dont il dispose.

Traitement de l'accès. — Après avoir parlé des agents thérapeutiques dirigés contre l'épilepsie, il nous reste à exposer brièvement les soins que réclament les accès eux-mêmes et leurs suites immédiates. Tissot l'a observé avec raison ; dans la majeure partie des cas, ces soins se réduisent à des précautions tendant à empêcher que le malade se blesse. A moins, en effet, qu'on n'ait en vue un résultat curatif, comme nous avons vu que cela a eu lieu plusieurs fois, on songe moins souvent à enrayer les phénomènes convulsifs qu'à favoriser leur issue heureuse. Leur durée est d'ailleurs si passagère, qu'on n'arriverait pas toujours à temps pour en prévenir le développement.

L'un des premiers secours à donner dans cette circonstance consiste à soustraire l'épileptique aux dangers que pourrait avoir une chute sur un corps dur ou dans un endroit périlleux. On doit le coucher horizontalement, autant que possible sur un lit. Cette position fournit à ses mouvements désordonnés un point d'appui plus avantageux, et permet aux personnes qui l'assistent de le maintenir avec plus de facilité. Quelques auteurs ont conseillé de lui retenir les mains de peur qu'il ne se frappe. Cette contrainte est rarement nécessaire, tant il lui est difficile de tourner contre lui-même des efforts dont il n'a aucune conscience. Ce qui est beaucoup plus important, c'est de le débarrasser des vêtements, cravates, corsets, cordons, etc., qui, en gênant le cours de la circulation ou les fonctions respiratoires, seraient de nature à provoquer une congestion cérébrale ou pulmonaire. Afin de diminuer l'affluence du sang vers les régions supérieures, il convient d'élever un peu la tête du malade en plaçant dessous, par exemple, deux ou trois oreillers. Il est bon également de l'incliner d'un côté pour faciliter l'écoulement de la salive, qui se forme en quantité dans la bouche, et menacerait, sans cette précaution, d'obstruer le passage de l'air dans les poumons.

On a imaginé des lits à bords matelassés et dépassant de 15 ou 18 centimètres le niveau des couvertures. Une fois couchés dans ces lits, les épileptiques peuvent être abandonnés à eux-mêmes, sans qu'on ait à craindre qu'ils tombent et se contusionnent au

milieu des secousses qui les agitent. Ce système est un perfectionnement réel. Il ne faut pas se dissimuler pourtant que son application a l'inconvénient de dérober la vue du malade aux personnes qui le gardent, et de nécessiter par cela même de leur part une surveillance très-assidue. Pendant qu'on est pleinement en sécurité sur son sort, le patient pourrait très-bien succomber sans qu'on s'en aperçût. Il est, en effet, un certain nombre d'épileptiques qui, lorsque leur attaque les surprend au lit, ont la funeste habitude de se retourner sur la face, et ne tarderaient pas à être asphyxiés si l'on n'arrivait promptement pour changer cette position dangereuse. L'épilepsie, nous l'avons déjà remarqué, se termine fréquemment par une pareille catastrophe.

On doit peuser encore à prévenir un autre malheur : la dilacération ou même l'amputation de la langue, accident particulier à certains épileptiques. Le moyen est d'interposer un corps quelconque entre les dents au moment de l'attaque. On a proposé pour cet office un coin de bois, un rouleau de linge mouillé assez ferme. Tissot se servait tout bonnement du coin d'un mouchoir ou d'une serviette fine. Dans les hospices, on devrait signaler les individus qui, dans leurs accès. se déchirent ainsi la langue ou les gencives, et donner aux gardiens des instructions en conséquence. Mais le mal est souvent accompli avant qu'il soit possible d'employer le moyen préservatif.

Le vulgaire croit qu'il faut ouvrir les pouces violemment convulsés des épileptiques. Ce procédé, dont le crédit se fonde sur la fausse idée anciennement accréditée que la convulsion dont il s'agit était le phénomène essentiel de la maladie, est sans aucune espèce d'utilité. Il comporte même des dangers, à cause des efforts que souvent il exige pour triompher de la résistance des malades.

Pour favoriser le retour à la connaissance des personnes évanouies, on a eu recours aux odeurs fortes et pénétrantes, à l'alcali, à l'éther, à l'assa-fœtida, etc. On a également mis en usage les substances qui provoquent l'éternument. En général, ces différents moyens ont été proscrits comme inutiles et susceptibles d'occasionner des accidents. « Pour se convaincre de leur danger, dit Tissot, il n'y a qu'à se rappeler que l'éternument commence par une suspension dans la respiration qui accumule le sang dans les vaisseaux de la tête où il n'y en a déjà que trop, et que d'ailleurs ce mouvement même est une convulsion, qui n'est point propre à en faire cesser d'autres. » Portal cependant admet avec raison quelques exceptions, et nous pensons avec lui, bien que ce soit à peu près superflu, qu'on peut impunément

faire flairer aux épileptiques la fumée de plumes ou de cuir bouilli, la vapeur du vinaigre simple ou de celui de quatre voleurs, la teinture de castoréum, l'assa-fœtida, etc.

Mais l'attention du médecin doit surtout se porter sur les symptômes consécutifs à l'accès. Dans les cas ordinaires, ces symptômes se bornent à un peu de fatigue, d'hébétude et de pesanteur de tête, qui se dissipent d'elles-mêmes, par le repos, ou à l'aide d'une infusiou légèrement calmante ou cordiale, et de quelques pédiluves sinapisés ; mais ils réclament souvent, à cause de leur gravité, des moyens plus énergiques. Très-fréquemment les accès déterminent vers la tête et la poitrine des congestions, des apoplexies menaçantes et meurtrières. Contre ces redoutables accidents qui se manifestent surtout chez ceux dont les attaques consistent en une série de paroxysmes rapprochés, l'indication urgente à remplir est de pratiquer de larges saignées générales. On ne saurait croire avec quelle facilité les pertes de sang sont supportées en cette circonstance. Les sangsues, les ventouses scarifiées, peuvent venir en aide aux émissions sanguines générales, mais elles ne suffisent seules que lorsque l'intensité des phénomènes, moins considérable, ne permet point de craindre une terminaison funeste. Les purgatifs, les lavements purgatifs, n'ont qu'une action lente et infidèle. Nous avons généralement tiré des bains tièdes administrés plusieurs jours de suite, et prolongés pendant deux heures, un parti avantageux : il ne faut point non plus négliger les révulsifs externes, cataplasmes sinapisés, sinapismes, larges vésicatoires volants, qui secondent si puissamment l'effet des déplétions de sang. Quant aux applications réfrigérantes que l'on a aussi conseillées, leur utilité nous paraît beaucoup plus problématique. Elles jouissent, nous le savons, d'une grande efficacité dans les affections aiguës du cerveau, mais entre ces affections et l'état comateux qui succède aux convulsions épileptiques, il n'y a qu'une analogie fort éloignée. Du reste, nous n'avons jamais songé à en faire l'expérience.

Formules. — L'art de formuler ne consiste point dans une imitation servile. En donnant le modèle des prescriptions suivantes, nous n'avons point pour but d'imposer des règles invariables, mais seulement de fournir quelques exemples utiles. Dans une affection si rarement la même, il appartient à chaque praticien de combiner son traitement suivant les conditions des cas particuliers. Ajoutons que, les doses étant généralement indiquées en vue des adultes, cette circonstance ne doit pas être oubliée lorsque l'on a affaire à des enfants.

Nous rangerons les formules en trois catégories. Dans la première, seront comprises celles qui ne contiennent qu'un seul agent antiépileptique; dans la seconde, celles qui se composent de plusieurs de ces agents ; et dans la dernière, celles qui comportent les éléments de médications diverses, et que, pour cette raison, nous nommerons *complexes*.

Remarque importante. Les chiffres séparés par des traits d'union indiquent les limites *minimum* ou *maximum* des doses auxquelles les médicaments ont été portés progressivement par les différents médecins, ou seulement par quelques-uns d'entre eux.

Formules simples.—Tisane de valériane. Pr. Racine val. sauv., 8-32 gram.; eau, 1 lit.—Faites infuser ou bouillir peu de temps, afin de ne pas laisser évaporer l'arome. Prendre en plusieurs verres dans la journée.

Electuaire de M. Chauffard. Pr. Poudre rac. de val. sauv. 38-48 gram ; miel, q. s. — Prendre en plusieurs potions dans les 24 heures.

Extrait de valériane. 2-4-8 gram., progressivement en pilules ou dans un julep.

Poudre de valériane. Pr. Valériane pulv., 4-8 gram. ; canelle, 60 centigr.-1gram.—En 6 paquets dans la journée.

Bols d'assa-fœtida. Pr. Assa-fœtida, 1-30 gram. ; savon amygdalin, 4-8 gram. ; huile essent. de fenouil, 6 gtt.—Diviser en parties assez nombreuses pour être facilement avalées.

Potion d'assa-fœtida. Pr. Assa-fœtida, 1-30 gram. ; julep ordinaire ou avec eau de menthe.—A prendre en trois ou quatre fois dans la journée.

Lavement d'assa fœtida. Pr. Assa-fœtida, 8-30-40 gram. ; jaune d'œuf; eau 200-250 gram—Quand la dose est élevée, on peut la distribuer en deux demi-lavements.

Pilules de belladone (Debreyne). Pr. Ext. de bellad. par décoct. aqueuse, 4 gram.; gom. arabiq., 2 gram.; poudre inerte, q. s. pour 120 pilules, 1-6 progressivement.

Potion de belladone. Pr. Ext. de bellad., 10 centigr.-1 gram.; julep ordinaire.—Prendre par cuillerée d'heure en heure.

Digitale. Teinture éthérée à doses élevées (docteur Scott). — Pilules.

Julep de digitale. Pr. Digitale pulvérisée, 10-40 centigr., progressivement; julep ordinaire.—En quatre ou cinq fois dans la journée.

Bière de digitale. (Edm. Sharkey). Pr. Feuilles fraîches de digit. pourp., 90 gram.; écrasez dans un mortier; ajoutez

bière, 500 gram. ; laissez digérer pendant 7 heures; addit. poudre de lycopode, 50 centigr.

Pilules de nitrate d'argent. Pr. Mie de pain, 4 gram. ; nitrate d'arg., 5 centigr.—Mêlez exactement pour 20 pilules à prendre une à la fois (Angleterre).

Pr. Mie de pain, sucre, cannelle, q. s. ; nit. d'arg., 5-50 centig., progressivement (Fouquier).

Pr. Nitr. d'arg., 15-20 centigr., magnésie 120 centigr. (Keweter).

Pr. Nit. d'arg., 5-10 centigr. ; incorporez dans rob de sureau (Kruger et Bera).

Pr. Nitr. d'arg., 1-5 centigr. ; ext. camom., 0,30—Boire par dessus un verre de décoction de sauge (Placide Portal).

Julep de nitrate d'argent. Pr. Nitr. d'arg. . . ; julep ordinaire. —En trois ou quatre fois dans les 24 heures.

Electuaire d'indigo. Pr. Indigo, 15 gram. ; miel, q. s. — En trois fois dans la journée (Forget).

Opiat d'indigo. Pr. Indigo, 4-16 gram. ; opiat, q. s. (docteur Le Noble).

Bière d'Armoise. Pr. Poudre d'écorce de rac. d'arm. 2 gram. ; bière, q. s. — Prendre de deux jours l'un ; augmenter les doses suivantes et favoriser la transpiration avec une boisson stimulante (docteur Burdach).

Electuaire d'armoise. Pr. Poudre d'armoise, 4 gram. ; miel, q. s.— Prendre le soir avec un verre de bière par dessus (Forget).

Hydrocyanate de fer. Pr. Hydrocy. de fer 5-20 centigr. ; sucre, q. s. ; mêlez exactement. — Prendre moitié matin et soir (docteur Gergerès, de Bordeaux).

Pr. Hydrocy. de fer, 3-20 centigr., progressivement ; extrait pour pilules, q. s.—Prendre une matin et soir (docteur Jansion). Nous avons porté la dose du médicament jusqu'à 60 centigr., sans inconvénient.

Poudre d'ammoniure de cuivre. Pr. Ammon. de cuivre, 1/14 ou 1/20 de gram. ; oléo-sacch. de muscade, 4 gram. — En trois fois dans le jour (Franck).

Poudre de sulfate de cuivre ammon. Pr. sulf. de cuiv. ammon. 30 centigr. ; gomme et sucre, etc., 8 gram. — Douze paquets, un matin et soir (docteur Urban).

Pilules de sulfate de cuivre ammon. Pr. Sulf. de cuiv. ammon., 1 gram. 20 ; ext. valériane, 6 gram., pour 72 pilules, à prendre 1, 2, 3, 4 par jour (Biett).

Autres : Pr. Sulf. de cuiv. ammon., 1 gram. 20 ; extr. valér.,

2 gram. 40 ; extr. bellad., 2 gram., pour 48 pilules, à prendre 2 ou 3 par jour (Biet).

Pr. Sulf. cuivr. ammon., 8 décigr. ; carbon. d'ammon. et mie de pain, q. s. pour 96 pilules; 2 ou 3 par jour (Swédiaur).

Poudre d'hydrochlorate de cuivre ammoniacal. Pr. Hydrochl. cuiv. ammon., 1 décigr. 1 gram. ; valériane, q. s.— Matin et soir.

Cantharides. Pr. Teinture de cantharid., 10 gtt. émulsion, q. s. — En trois fois dans le jour (docteur Clara, d'Édimbourg).

Huile essentielle de térébenthine. Pr. Huile essentielle de théréb. 1 gram. 20-4 gram. ; julep ordinaire, par cuillerées dans la journée.

Formules composées. — Poudre du docteur La Plane. Pr. Valériane, 15 gram.; acid. boraciq. ; assa-fœtida. — Trois prises, matin, midi et soir, dans une cuillerée d'infusion de fleurs d'oranger.

Electuaire anti-épil. de Méad. Pr. Quinquina, 32 gram., valériane et anis pulv., aa, 16 gram. ; sirop ou miel, q. s.—4 gram. soir et matin pendant plusieurs mois en interrompant un jour sur huit.

Bière céphalique. — Pr. Bière blanche, 40 lit.; rac. de val. sauv., 320 gr. ; semences de moutarde entière, 192 gr. ; sem. de romarin et sauge, aa, 96 gram.; serpentaire de Virginie, 64 gram. — 3 à 4 verres par jour.

Poudre de Tunquin de Reuss. Pr. Val. sauv. pulv., 1 gram. 30 ; musc, 8 décigr. ; camphre, 3 décigr. — A prendre, 60 centigr. en plusieurs doses.

Pilules de l'Hôtel-Dieu. Pr. Valériane, 1 gram. 50; oxide de zinc, 1 gram. ; castoréum, 20 centigr. ; sirop simple, q. s. pour six pilules, à prendre dans la journée.

Pilules de Méglin. Pr. Oxyde de zinc, ext. val. sauv., ext. jusq.. ext. fumeterre, aa, 2 gram. — Faites 36 pilules, 1-4 par jour successivement.

Pilules de Quarin. Pr. Rac. valériane sauv., 8 gram. ; galbanum sagapénum, aa, 6 gram.; pilules assa-fœt., 4 gram. ; de 15 centigr. — 2-4 chez les femmes épileptiques et hystériques.

Poudre de Guttète. Pr. Gui de chêne, rac. de dictame, *id.* de pivoine, aa, 1 partie ; semences d'atriplex, corail rouge préparé, aa, 1/2 partie ; ongle d'élan, 1 partie ; pulvérisez et mélangez à 1/3 de poudre de valériane. — Paquets de 1-2 gram.

Poudre de Carignan. — Pr. Poudre guttète, 250 gram. ; ambre jaune porphyrisé, 375 gram. ; corail rouge, 125 gram. ; terre sigillée, kermès minéral, noir d'ivoire, aa, 12 gram. — Par prises de 10 centigr.

Pilules de valériane camphrées. Pr. Camphre, 10-20 centigr. ; ext. de val., assa-fætida, aa, 1 gram. — 4 pilules à prendre en deux fois, pour les épileptiques qui se livrent à l'onanisme.

Mélange antispasm. de M. Blache. Pr. Oxyde de zinc, gram. ; calomel à la vapeur, valériane pulv., aa, 4 gram. — 70 prises, à prendre deux par jour, une le matin à jeun, et l'autre avant dîner, dans les convulsions épileptiformes des enfants.

Pilules de Mérat. Pr. Ext. d'op. aqueux, 4 gram. ; camphre, 5 gram. 20; musc., 2 gram. 60; nit. d'argent, 5 décigr., pour 96 pilules. — 4 matin et soir.

M. Mérat Prescrit en même temps une tisane antispasmodique.

Pilules de M. Podrecca. Pr. Indigo, 4 gram. ; castor. 4 décigr. ; assa-fœtida, 8 décigr. ; sirop de sucre, q. s. pour 18 pilules, à prendre une toutes les heures et demie.

Pilules de Heim. Pr. nit. d'argent, * * * ; ext. ciguë, 2 gram. ; opium, 3 décigr. ; suc épaissi, * * * ; pilules de 10 centigr., une matin, midi et soir.

Pot. de M. Récamier. Eau de menthe, 120 gram. ; eau de Luce, 24 gtt. ; eau distillée de laurier cerise, 40 gram. ; sirop de pivoine 32 gram., par cuillerées dans les 24 heures.

Pilules de M. Récamier. Oxyde bl. de zinc, 5 centigr. ; camphre, ext. de bellad., aa, 3 centigr. — 2 pilules, une matin et soir.

Pilules de Bourge de Rollot. Pr. Bleu de Prusse (hydrocyanate de fer), oxyde de zinc, aa, 10 gram. pour 100 pilules. — Une chaque matin à jeun pendant la première semaine.

Formules complexes. — Médication du docteur Chabrely (de Bordeaux). Sirop de valériane, une cuillerée; infusion de fleurs d'oranger, une tasse. — Prendre le soir de la nouvelle lune. — Trois jours après : poudre valériane, 1 gram., dans une tasse de tilleul sucré. — Même prescription à la pleine lune ; on continue ainsi pendant six mois, après quoi on se contente d'administrer le sirop seul.

Médication de M. Michel (de Barbentane). Pot. avec extrait de bellad., 10 centigr., à prendre par cuillerées ; électuaire d'indigo (indigo, 1 gram. 20, miel, q. s.) ; calomel ; croton tiglium. — Ces moyens successivement employés ont réussi à M. Michel dans un cas d'épilepsie vermineuse.

Médication du docteur Bories (de Versailles). *Moyens préparatoires :* saignée du pied ; 4 jours après, émétiq. en lavage ; 4 jours ensuite, laxatif ; puis, après un même intervalle. 2 décigr. de calomel. — *Moyens spécifiques :* eau distillée de laurier-cerise ;

poudre de feuilles d'armoise ; moxas promenés sur la colonne vertérale ; bracelet aimanté; frict. éthérées sur les membres. — *Moyens hygiéniques :* exercice; bains de rivière et de mer; frictions sèches.

Médication du docteur Blackemore (d'Édimbourg). Pendant le paroxysme : affusions froides. Aussitôt que la déglutition est possible : émétique et ammoniaque ; lavements de térébenthine ; compression des carotides. Dans l'intervalle des accès : évacuants ; sédatifs; ventouses scarifiées ; incisions profondes sur l'occiput, vers l'époque du retour des attaques. Parmi les sédatifs l'auteur range comme un des meilleurs les bains de pluie. Il rejette le colchique et la digitale. Les purgatifs lui semblent aussi utiles, en particulier l'élatérium, l'huile de croton, le calomel. — A la place de ces moyens, quand l'affection a une date ancienne, il substitue ce qu'il appelle des toniques, et que nous considérons plutôt comme stimulants : la térébenthine, les sulfates de cuivre et de zinc et le nitrate d'argent. Contre les accès nocturnes : opiat.

Toute cette formulation paraît singulière et conjecturale.

Médication du docteur Marochetti. Cette médication se compose de pilules et de gouttes. Marochetti commençait par les pilules et leur associait les gouttes si elles étaient inefficaces. Si, au bout de trois mois, il n'y avait pas d'amélioration notable, il cessait le traitement et regardait le malade comme incurable.

Pilules : Aloès, 4 gram. ; gomme gutte, 2 gram. ; essence d'anis, 8 gtt. — Pilules de 10 centigr., à prendre une matin, midi et soir, en buvant par dessus un verre d'eau. — Ces pilules sont dites au premier degré. Elles deviennent du deuxième degré en y ajoutant : ext. sec de rhubarbe, 1 gram., ou ext. mou de rhubarbe, 1 gram. 50, et ext. sec de muguet, 40 centigr.

Gouttes : Alcool à 22°, 450 gram. ; poud. de rac. d'angélique, 60 gram. ; faites macérer pendant 48 heures et ajoutez : anis étoilé en poudre, semences de cardamome, aa, 8 gram. ; écorce d'alcanna, 4 gram. ; rac. de zédoaire en pondre, 6 gram. ; safran oriental, opium pur, aa, 8 gram. : laissez macérer pendant 15 jours, filtrez et ajoutez : huiles volatiles de camom., de valér., de naphte vrai, aa, 25 gtt. ; *id.* de citron, 20 gtt. ; de cannelle, 15 gtt. ; éther sulf., 1 gram. 50; faites digérer pendant 15 jours, exprimez et ajoutez au liquide : sirop 500 grammes ; couvrez le vase et passez avec expression.—10 gouttes, trois fois le jour, et davantage sur un morceau de sucre.

L'auteur affirme avoir obtenu avec ce traitement bizarre une centaine de guérisons.

Médication du docteur Plouviez. Cette méthode comprend trois ordres de moyens : 1° *Agents qui modifient le système nerveux :* Ext. aqueux de belladone, 2 gram. ; digitale en poudre, 3 gram. ; indigo, 10 centigr. ; mucilage, q. s. pour 50 pilules. M. Plouviez, trois ou quatre jours avant l'époque présumée, en administre une avant le déjeûner, et une le soir au souper ; les jours suivants, même dose ou augmentation, selon l'effet. Lorsqu'un long temps se passe sans accès, on recule les prises du médicament. 2° *Moyens révulsifs* ou *perturbateurs généraux :* Bains froids ; ventouses Junod. Le malade est plongé dans le bain vers le soir ; il n'y reste que deux ou trois minutes ; on l'enferme dans une couverture chaude, et on lui met une bouteille d'eau aux pieds, de manière à provoquer la transpiration. M. Plouviez se borne à ces bains quand ils sont supportés ; quand ils ne le sont pas, c'est alors qu'il a recours à la botte Junod, dont il répète l'application deux ou trois jours de suite, chaque fois pendant 30 à 35 minutes. 3° *Moyens auxiliaires :* Saignées, sangsues, ventouses, séton, vésicatoires, potion ammoniacale de M. Martinet suivant les indications.

Médication du docteur Eps. 1° *Mixture.* Pr. acide hydro-cyanique de Scheele gtt*** sulfate de quinine, 4 gram. ; soufre précipité, 4 gram. ; confection aromatique 0, gram. 75 ; eau distillée, 16 gram. — Une cuillerée à café trois fois par jour ; 2° *Frictions* le long du rachis ; 3° *Cautères.*

---

4. *Du cathétérisme dans le traitement de la dysphagie causée par un rétrécissement simple de l'œsophage* ; par M. A. Trousseau, professeur de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker.

(Revue médico-chirurgicale, mars 1848.)

Obs. I. — J'étais à Tours sur la fin de 1845, chez M. Bretonneau ; j'y voyais une jeune femme de 28 à 30 ans, atteinte depuis quelques mois de dysphagie. La difficulté de la déglutition avait fait des progrès assez lents, tels pourtant que la malade ne pouvait plus avaler que des liquides. Il y avait de l'amaigrissement, du découragement. Beaucoup de moyens antispasmodiques et réputés fondants avaient été inutilement employés. M. Bretonneau crut devoir recourir au cathétérisme. Il se servit d'éponges fixées à l'extrémité d'une tige de baleine. Quinze jours de traitement avaient suffi pour qu'on pût introduire une éponge du volume d'un œuf de pigeon. C'était alors que je voyais la malade, qui me racontait elle-même sa triste infirmité et ce qu'elle appelait sa résurrection. Maintenant, elle avalait facilement

comme par le passé. Le cathétérisme fut continué pendant plus d'un mois encore ; mais on le pratiqua de moins en moins souvent. La guérison ne s'est pas démentie.

Obs. II. — A mon retour à Paris, et dans les premiers jours du mois de janvier 1846, j'étais mandé rue d'Alger, chez une dame âgée de plus de 60 ans, et qui était traitée par notre honorable confrère, M. Paulin ; M. Lallemand lui avait aussi donné quelques conseils.

Cette dame, dix ans auparavant, avait eu une angine un peu violente ; à la suite de cette angine, elle éprouva un peu de douleur en avalant ; la douleur répondait à peu près à la hauteur du larynx. Elle n'y fit d'abord aucune attention ; mais, quelques mois plus tard, à la douleur avait succédé une certaine difficulté d'avaler. Il fallait mieux mâcher les morceaux, et si, par hasard, un bol alimentaire un peu volumineux parvenait à l'entrée de l'œsophage, il s'y arrêtait un instant, et ne passait outre que lorsque des efforts violents l'avaient façonné de manière à lui faire traverser une filière plus étroite. Peu à peu l'obstacle devint plus considérable, mais les progrès étaient extrêmement lents. Le mal arriva au degré où je le vis seulement en neuf années.

Quand je commençai le traitement de cette dame, en janvier 1846, elle était dans l'état suivant :

Les substances solides, sous quelque forme qu'on les prît, ne pouvaient plus descendre dans l'estomac ; le pain, quelque bien mâché qu'il fût, le riz très-bien cuit, n'étaient pas avalés. Ces aliments descendaient dans le pharynx, la partie liquide passait ; mais ce qui l'était moins s'accumulait ; alors, tout à coup la malade se dressait debout avec une toux violente et un accès de suffocation effrayante, et elle rejetait les aliments un peu solides qu'elle avait pris. Elle pouvait encore avaler du potage à la semoule, au tapioca, de la bouillie, de la crème très-légère, pourvu toutefois que ce fût par très-petites gorgées ; car si, par hasard, elle s'oubliait et avalait vite, à l'instant les liquides entraient dans le larynx, et provoquaient les accidents dont j'ai parlé tout à l'heure. Il n'est pas besoin de dire que la maigreur était extrême, et que les forces étaient bien diminuées.

M. le docteur Paulin avait inutilement tenté les antispasmodiques, les stupéfiants, les révulsifs, lorsqu'il me fit l'honneur de confier la malade à mes soins.

Le cou était long et maigre ; je ne sentais, derrière la trachée-artère et le larynx, aucune tumeur, aucune induration. L'exploration de l'intérieur du pharynx ne permettait non plus de découvrir aucune lésion organique. Pas de douleur, mais seulement

un sentiment de gêne un peu plus bas que le larynx. Jamais de vomissements de sang ni de selles noires; rien dans la coloration de la peau n'indiquait une affection cancéreuse.

Je résolus d'employer le cathétérisme suivant la méthode suivie par MM. Gendron et Bretonneau, bien que, à vrai dire, je n'eusse pas l'espérance d'amener à bien une maladie qui durait depuis si longtemps.

J'essayai d'introduire une baleine flexible terminée par une petite olive allongée de 6 millimètres de diamètre, je n'y pus pas parvenir. Je fixai alors au bout d'une tige de baleine un petit morceau d'éponge qui, par la pression, devait acquérir à peu près la grosseur d'une plume d'oie ; et, après avoir enduit l'éponge avec de la glaire d'œuf, je vins me présenter à la partie supérieure du rétrécissement, que je dépassai après d'assez grands efforts. L'obstacle commençait immédiatement en arrière du larynx ; il se prolongeait dans une étendue de 2 centimètres à peu près. Au delà on pénétrait aisément, et la baleine descendait sans obstacle jusque dans l'estomac. Quand je retirais l'instrument, je le sentais bien plus fortement serré en bas qu'en haut de la partie rétrécie.

Pendant quinze jours, je vins matin et soir introduire ma baleine. Huit jours ne s'étaient pas écoulés, que déjà j'introduisais une éponge deux fois plus volumineuse, et la déglutition était devenue moins difficile. Après quinze jours, l'éponge avait 1 centimètre d'épaisseur. Je ne sondai plus alors qu'une fois par jour. Nous avions un mois de traitement ; les soupes, le poisson, les viandes hachées, les œufs étaient facilement avalés ; les boissons passaient presque aussi vite que dans l'état de santé.

Comme les choses n'allaient pas assez vite à mon gré, je voulus tenter deux cautérisations avec le nitrate d'argent, je n'eus pas à m'en louer. Je résolus donc de me borner au cathétérisme, que je ne fis plus que tous les deux jours. Trois mois après le commencement du traitement, M. Bretonneau vint à Paris, et je lui montrai ma malade ; en sa présence, je pus aisément introduire une éponge qui était plus grosse qu'un œuf de pigeon. A partir de ce moment, je ne sondai plus qu'une fois par semaine ; son fils, que j'avais instruit, répétait cette opération une fois aussi dans l'intervalle de mes visites. Il devint bientôt inutile de répéter l'opération aussi souvent, nous mîmes huit et enfin quinze jours de distance entre chaque cathétérisme.

J'introduis toujours la sonde avec la même facilité, et, si je continue, c'est que je ne veux pas exposer la malade à une récidive qui peut-être aurait lieu, comme cela se voit si souvent chez

les malades atteints de rétrécissements de l'urèthre, qui n'ont pas le soin de se sonder de temps en temps.

Ma malade a engraissé, sa santé est excellente. Quoiqu'elle n'ait pas de dents, et que, par conséquent, elle ne puisse pas préparer convenablement le bol alimentaire, cependant elle peut manger de tout; mais elle y met toujours de la lenteur et de la précaution. Pas une seule fois, depuis un an, elle n'a été prise de toux suffocante et n'a rejeté ses aliments.

L'opération du cathétérisme de l'œsophage est des plus simples. L'instrument est une baleine droite ayant 1 millimètre et demi ou 2 millimètres de diamètre, une longueur de 30 à 40 centimètres et même davantage, et terminée aux deux bouts par un petit bouton olivaire un peu étranglé. Au collet de chaque bouton, on fixe aux deux extrémités, avec de la cire à cacheter, une éponge très-fine et très-sèche. L'éponge est ensuite mouillée et taillée avec des ciseaux, selon la forme que l'on désire. Pour plus grande sûreté, on la fixe avec un brin de fil auquel on laisse des bouts de 20 centimètres de longueur, qui tout à l'heure vont nous être fort utiles.

L'éponge est bien imbibée de glaire d'œuf; elle est portée au delà de l'isthme du gosier; alors on tire sur les fils qui font ployer l'extrémité de la baleine qu'ils dirigent vers l'entrée de l'œsophage. Sans cette petite manœuvre qui a été imaginée par M. Bretonneau, l'extrémité de l'instrument va heurter le fond du pharynx et n'enfile pas la voie convenable. Il va sans dire que, durant toute cette manœuvre, la tête est renversée en arrière. Dès que l'éponge est rentrée dans le canal pharyngien, on lâche les fils, qui désormais n'ont plus d'utilité. On arrive alors à l'obstacle contre lequel on lutte. Comme cet obstacle se trouve presque toujours au niveau du larynx, il importe de le franchir vite, et, pour le faire, on pousse l'instrument en le tournant dans ses doigts comme une vis, et en pressant avec assez de force, tout en soutenant, avec la main qui est restée libre, le larynx, qui est repoussé en bas et qui entraîne l'œsophage avec lui. Si la manœuvre était faite lentement, il en résulterait une suffocation intolérable. La nécessité d'agir rapidement implique aussi la nécessité d'avoir toujours des éponges, dont le diamètre soit de fort peu supérieur à celui de l'obstacle dont on veut triompher, contrairement à ce qui se fait pour le canal de l'urèthre, où un cathéter trop volumineux peut se frayer une voie sans péril, si l'instrument est tenu par une main exercée et surtout patiente. Dès que l'obstacle est franchi, ce que l'on sent à merveille, on ramène l'éponge au-dessus du rétrécissement pour l'y engager

de nouveau, l'en retirer encore et recommencer même une troisième fois. Tout cela est l'affaire de quelques secondes.

On me pardonnera sans doute d'avoir insisté sur les détails de cette petite opération qui ne demande aucune habileté, et que, pourtant, beaucoup de médecins hésitent à faire, comme s'il s'agissait de quelque chose d'important.

Nous venons de voir un rétrécissement chronique conduit à bien par le cathétérisme longtemps continué. Maintenant, je vais conter l'histoire d'une jeune femme atteinte d'un rétrécissement récent, chez laquelle j'ai rapidement obtenu la guérison.

Obs. III.— J'ai maintenant encore, couchée dans le lit n° 23 de la salle Sainte-Anne, à l'hôpital Necker, la malade dont je veux parler. Elle a maintenant la chlorose et une fissure à l'anus.

Dans le courant de l'année 1846, elle vint à l'hôpital avec son enfant qu'elle allaitait, et fut placée dans mes salles de nourrices et d'enfants. Elle était alors atteinte d'arthrite puerpérale. Après un mois de séjour à l'hôpital, elle sortit en assez bon état, et elle y rentra bientôt, sans son enfant, atteinte de chlorose et de névralgie. Elle prenait depuis quelque temps des préparations martiales et du quinquina, lorsque tout à coup elle éprouva une angine dont je méconnus d'abord la gravité, et qui, au bout de deux jours, avait les caractères de la diphtérite la plus sévère. Je fis alors de vigoureuses cautérisations, ce qui n'empêcha pas le larynx d'être envahi par le mal. Enfin, après plusieurs cautérisations faites avec une solution très-concentrée de nitrate d'argent, après de nombreuses insufflations d'alun, tout danger semble disparaître; mais la voix reste éteinte.

Quinze jours s'étaient à peine écoulés, que la déglutition devint un peu difficile. La malade sentait un obstacle un peu douloureux en arrière du larynx; les aliments solides passaient mal, les boissons elles-mêmes devaient être avalées avec précaution. Je donnai de la belladone et quelques antispasmodiques, ce fut en vain; la maladie prit bientôt une tournure fâcheuse, et les accidents furent tels que je compris la nécessité d'agir chirurgicalement.

La respiration était parfaitement libre, et la voix fêlée et nasonnée, comme s'il y avait une large division du palais; pour parler, la malade faisait un effort dans lequel tous les muscles respirateurs intervenaient puissamment. La déglutition des aliments solides ou demi-liquides était impossible; l'eau, le bouillon, le lait pouvaient passer, mais en donnant lieu aux phénomènes suivants : La gorgée de liquide semblait descendre aisé-

ment; puis, après quelques secondes, il se faisait un grand gargouillement dans la gorge; il survenait alors une forte toux accompagnée de suffocations, pendant lesquelles l'eau était rejetée violemment.

Le diagnostic me parut être des plus faciles. L'eau descendait dans la première partie de l'œsophage, pénétrait dans la trachée-artère par un pertuis de communication, et, quand elle s'y était accumulée en assez grande abondance, elle provoquait la suffocation, la toux. Il y avait donc perforation de la cloison trachéo-œsophagienne. Jusque-là, le diagnostic n'était que probable, il se trouvait parfaitement confirmé par la nature de la voix et le mode d'émission du son; l'air, chassé par l'effort expirateur, rencontrait dans la trachée-artère une ouverture accidentelle et se divisait en deux colonnes, l'une qui enfilait le larynx, l'autre qui s'insinuait dans l'œsophage. D'où la presque aphonie par la vibration incomplète des cordes vocales, et le nasonnement par la direction vicieuse et contrariée des deux colonnes d'air.

Il y avait, en outre, un rétrécissement de l'œsophage un peu au-dessous de la perforation.

On ne peut refuser à ce diagnostic une certaine valeur logique. L'événement va prouver que j'avais beaucoup trop présumé de ma sagacité et de mon raisonnement.

En effet, désarmé devant une perforation, et désespérant presque de la guérir autrement que par l'introduction souvent répétée d'une sonde œsophagienne qui, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois peut-être, ne laisserait en contact avec la plaie aucun aliment, aucune boisson, j'abandonnai le diagnostic le plus probable pour adopter celui que j'appelle le *diagnostic thérapeutique*, et qui consiste à se placer à un point de vue qui laisse entrevoir une guérison possible, presque certaine, plutôt que de croire à un mal en quelque sorte fatal, et qui déconcerte les plans les mieux conçus.

Je supposai donc un rétrécissement simple et j'agis en conséquence.

Je fis exactement, pour cette malade, ce que j'avais fait pour celle dont j'ai sommairement rapporté l'histoire un peu plus haut. L'obstacle était à la hauteur du larynx, j'eus beaucoup de peine à le vaincre, même avec une éponge qui, pressée, n'avait guère que 2 millimètres et demi de diamètre. J'en vins à bout pourtant, et plus bas je ne trouvai pas de rétrécissement. Ce jour même, les boissons passèrent avec un peu moins de difficulté. Le lendemain et les jours suivants, j'introduisis des éponges de plus en plus volumineuses. Après une semaine de traitement, la

malade avalait les liquides sans tousser ; elle mangeait aisément des potages aux pâtes, des soupes. La voix devenait plus forte et n'était plus nasonnée. Après quinze jours, on pouvait manger du pain, de la viande, avec un peu plus de difficulté que dans l'état normal. La voix avait repris son timbre naturel ; il n'était plus question de toux. Je fis encore pendant trois semaines un cathétérisme tous les deux jours. La guérison ne s'est pas démentie depuis deux mois et demi.

L'extrême rapidité de la curation prouve que, évidemment, je m'étais trompé dans le diagnostic, et qu'il s'agissait d'un simple rétrécissement sans perforation.

Comment expliquer cette singulière altération du timbre de la voix ? Je n'essaierai pas de résoudre cette question, et j'en laisserai le soin à des physiologistes plus habiles que moi.

Toutefois, je ferai observer que, sur quatre malades dont M. Gendron nous a donné l'histoire, deux avaient éprouvé ce symptôme, ce qui avait fait commettre l'erreur de diagnostic que moi-même j'ai commise ; toutes les deux, peu de temps aussi après une angine tonsillaire aiguë, traitée par les émollients.

Avant de publier les deux faits que je viens de rapporter succinctement, j'ai écrit à M. Gendron, et j'ai voulu savoir de lui s'il avait recueilli de nouveaux faits. Il m'a répondu, le 25 du mois dernier, en m'envoyant la relation d'un fait tout nouveau, qui offre avec le second que j'ai recueilli une grande ressemblance. Il s'agit d'un garçon de 24 ans, qui fut pris aussi d'angine couenneuse le 2 novembre 1846. Le 28 du même mois, il entre à l'hospice du Château-du-Loir, atteint, depuis huit ou dix jours, d'une dysphagie telle que les liquides ne pouvaient passer qu'en petite quantité, et que les bouillies et les aliments solides étaient rejetés après des efforts de toux et une violente suffocation. Le cathétérisme a été pratiqué avec peu de succès ; puis il a fallu, en quinze séances, porter quarante-cinq fois le crayon de nitrate d'argent sur l'obstacle, qui était situé au niveau du premier anneau trachéal ; le traitement, commencé le 29 novembre, a été continué jusqu'au 20 janvier, et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

Le traitement que j'ai employé pour mes deux malades est des plus simples. J'introduis deux fois par jour et je laisse, pendant quelques secondes, une éponge d'un très-petit calibre enduite seulement de glaire d'œuf ; j'augmente le volume de l'éponge à mesure que le rétrécissement diminue, jusqu'à ce que l'éponge ait le volume d'un bol alimentaire ordinaire. Je mets alors entre

chaque cathétérisme l'intervalle de 1, 2, 4 et 15 jours, et ainsi de suite, pendant une année entière, s'il le faut, si le rétrécissement, si la maladie dure depuis longtemps ; je cesse, au contraire, peu de semaines après la guérison apparente, si la dysphagie est récente.

En cela, j'agis comme le conseillent aujourd'hui quelques chirurgiens, d'après la méthode de M. Béniqué dans le traitement des rétrécissements du canal du l'urèthre. Un cathétérisme durant dix à quinze secondes, répété chaque jour deux ou trois fois dans la même séance avec des sondes successivement plus volumineuses, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une dilatation normale, puis à des intervalles de plus en plus éloignés, et toujours alors avec de gros instruments : telle est la méthode qui compte maintenant d'assez nombreux partisans; telle est celle que j'ai transportée, sans autre mérite d'invention, aux rétrécissements do l'œsophage.

J'ai cru superflu d'employer la cautérisation, comme il est si souvent inutile de le faire pour le canal de l'urèthre; et si je ne suis pas arrivé peut-être aussi rapidement à mon but que M. Gendron, je n'en ai pas moins obtenu un succès dont tout l'honneur doit être rapporté à ce médecin, car je n'ai fait que l'imiter en modifiant quelque peu ses procédés, d'après ce que j'avais vu faire à mon maître, M. Bretonneau.

J'ai pensé que cette communication, tout incomplète qu'elle est, serait accueillie sans défaveur par les praticiens, et qu'elle ramènerait les médecins dans une voie thérapeutique dont l'imposante autorité de Boyer les avait éloignés. J'ai pensé aussi qu'elle servirait à rappeler les travaux trop tôt oubliés dont M. Gendron a enrichi la science.

5. *Observation d'hépatisation grise de trois lobes du poumon droit, compliquée d'une dilatatation des quatre cavités du cœur, avec hypertrophie des parois du ventricule droit, et de l'existence d'un vaste kyste développé dans le foie, contenant cent vers acéphalocystes de volume variable, terminée par la mort;* communiquée par A. Toulmouche, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 17 ; 1848.)

Obs. — Gilles, charpentier, d'une constitution robuste, âgé de 54 ans, bien musclé, entra à l'infirmerie le 5 février 1841, ayant la fièvre, se plaignant de mal de tête, de toux, ayant le

visage rouge, les yeux brillants. Mon collègue, qui faisait la visite ce jour-là, en mon absence, prescrivit l'application de quinze sangsues à l'anus, de la tisane d'orge miellée, et considéra cette affection comme catarrhale.

Le 6, je vis le malade, que je trouvai couché sur le dos, le visage coloré et ayant une expression de stupeur. Il éprouvait une soif vive, une fièvre intense, de la céphalalgie, un peu de diarrhée. Il toussait de temps en temps ; la langue était blanchâtre et avait de la tendance à se sécher.

La poitrine ne fut pas examinée, l'oppression n'étant pas forte et la toux peu fréquente.

Le soir, l'auscultation médiate fit reconnaître une pneumonie des lobes inférieur et moyen du poumon droit. Je pratiquai de suite une saignée de 500 grammes, et ordonnai un julep kermétisé, une infusion de capillaire, un pédiluve sinapisé et la diète.

Le 7. La fièvre était très-forte ; on remarquait des irrégularités dans le pouls. L'examen du cœur indiqua une dilatation générale de cet organe avec hypertrophie du ventricule droit. La toux était fréquente, les crachats rouillés et adhérents au fond du vase, l'expectoration assez facile, la langue jaunâtre. Il y avait de la constipation ; le ventre était légèrement météorisé, mais nullement douloureux. (Saignée de 500 grammes; solution de tartrite antimonié de potasse à 3 décigrammes, à prendre par demi-verres toutes les deux heures; pédiluve sinapisé; infusion de lierre terrestre ; 3 bouillons.) Il survint une lypothimie pendant l'émission sanguine. La solution ne put être supportée, on fut obligé de la suspendre à la troisième dose.

Le 8. Les traits étaient altérés; il était survenu une légère douleur dans le côté droit. La matière de l'expectoration était moins rouillée, mais annonçait une hépatisation grise du poumon. Le malade conservait le décubitus sur le dos, avait le sentiment d'une grande faiblesse, du délire pendant la nuit, de la fièvre avec irrégularité dans le pouls. (Large vésicatoire sur le côté droit; potion avec 25 centigrammes de kermès; infusion de capillaire édulcorée avec l'oxymel scillitique; bouillon.)

Le 9. L'état était aussi grave, la respiration embarrassée, les traits plus altérés. Gilles avait le pressentiment d'une mort prochaine; le son était mat à la percussion dans tout le côté droit; le bruit respiratoire nul dans les deux tiers inférieurs de ce dernier. On percevait, à l'origine des bronches et au sommet du poumon, un râle crépitant et muqueux qui indiquait que la pneumonie avait envahi le lobe supérieur. Les pulsations ou battements de cœur se faisaient sentir fortement dans le côté droit

probablement parce que cet organe venait frapper la partie interne du poumon hépatisé, dont le tissu était devenu très-dense. Ce signe, qui n'a point été noté par les pathologistes, devrait être signalé comme à peu près pathognomonique de l'hépatisation du poumon droit, du moins je l'ai rencontré assez souvent, et les autopsies cadavériques sont venues confirmer la justesse de cette observation.

Il fut prescrit trois bouillons et 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, et la même boisson fut maintenue.

Le 10. L'état du malade continua à empirer.

Le 11. L'expectoration était devenue très-difficile, et les crachats avaient de beaucoup diminué. La respiration était en quelque sorte mécanique, la fièvre la même, la prostration des forces extrême, les traits du visage effilés et altérés.

Gilles succomba le lendemain, à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie du cadavre, faite vingt-quatre heures après la mort.

État extérieur.—Le corps était bien musclé, l'amaigrissement presque nul. Les muscles étaient poisseux, la verge très-développée. En percutant le côté droit de la poitrine, on obtient un son mat.

Thorax. — On remarquait des adhérences générales et très-intimes de toute la surface du poumon droit, constituées par des pseudo-membranes très-épaisses et très-fortes; en sorte qu'on ne parvint à le détacher que par de très-grands efforts. Il existait une hépatisation grise de trois lobes, qui étaient si intimement unis entre eux, qu'on n'apercevait plus aucune trace de séparation.

Quelques points du parenchyme pulmonaire étaient d'un rouge intense, et se détachaient sur sa couleur grise générale; il était en outre grenu, facile à déchirer, infiltré d'une sérosité trouble presque puriforme et légèrement spumeuse, qui s'en écoulait à l'incision.

Le poumon gauche était sain, mais un peu emphysémateux; il avait contracté, à la surface externe de son lobe inférieur, des adhérences avec la plèvre costale, à l'aide de pseudo-membranes de formation ancienne.

La cavité du péricarde contenait 60 grammes de sérosité. Le cœur avait à peu près deux fois la grosseur du poing du sujet. Le ventricule gauche était très-vaste; ses parois, très-flasques, pouvant avoir 2 centimètres 1 millimètre d'épaisseur. L'oreillette correspondante était très-dilatée et distendue par un caillot de sang. Le ventricule droit était également très-développé et ses

parois hypertrophiées. Il contenait une concrétion fibrineuse jaunâtre, ainsi que l'oreillette, qui était plus grande que de coutume.

Abdomen.—Le foie, volumineux, et d'aspect naturel relativement à son tissu, renfermait, au milieu de ce dernier, une tumeur kysteuse de la grosseur des deux poings, bosselée, située dans l'épaisseur du lobe droit et d'une portion du lobe gauche, et adhérente, par ses deux bosselures les plus saillantes, avec la partie coudée que forme l'intestin colon dans l'endroit où sa portion ascendante s'unit à la transversale. Les liens qui établissaient cette jonction étaient celluleux, de formation ancienne et difficiles à rompre. Les parois de ce kyste étaient fibro-cartilagineuses, épaisses de 4 à 6 millimètres, formées intérieurement par des couches d'un tissu d'une couleur jaune de miel et criant sous le scalpel.

Cette poche contenait une centaine d'acéphalocystes vivants, dont six pouvaient bien avoir la grosseur d'œufs de poule ; leur forme générale était ronde ou ovoïde. On observait, en outre, une masse d'acéphalocystes morts qui dépassait le volume d'un œuf ordinaire ; ces acéphalocystes étaient réunis entre eux et entourés d'une matière d'un blanc jaunâtre, tremblotante, analogue à de la gélatine.

Les petites hydatides adhéraient les unes aux autres, à la manière des graines d'une grappe de raisin, par un enduit comme gélatineux. Les plus grosses étaient réunies entre elles par quelque point de leur surface externe.

Ces vers étaient formés par une enveloppe d'un blanc mat un peu translucide, composée de couches faciles à apercevoir en les râclant avec le scalpel. A leur surface interne, dont l'aspect était comme muqueux, on découvrait le germe de petits acéphalocystes.

L'estomac était assez vaste ; sa membrane muqueuse légèrement ramollie. On observait dans son grand cul-de-sac une large plaque rouge, piquetée, avec distension des vaisseaux capillaires sous-muqueux.

Le pancréas était dans l'état naturel et très-ferme.

Les intestins grêles, généralement dilatés par le gaz, offraient une injection des vaisseaux capillaires sous-péritonéaux plus marquée dans quelques points que dans d'autres. Leur membrane muqueuse était saine, et il en était de même de celle du cœcum. Le colon était distendu et contenait, ainsi que le rectum, des matières fécales dures et bien moulées. Il avait contracté des adhérences avec la tumeur du foie, à l'aide des liens celluleux

assez difficiles à rompre, à l'endroit où sa portion ascendante se coude pour se réunir à la transversale.

Les reins et la vessie étaient dans l'état normal.

Cette observation, intéressante sous plus d'un rapport, confirme ce que tant d'autopsies cadavériques ont déjà prouvé, savoir :

1° Que l'hépatisation grise d'une grande partie ou de la totalité d'un poumon est presque constamment mortelle ;

2° Qu'on doit, dans la même lésion de l'organe pulmonaire du côté droit, regarder comme un signe important et en quelque sorte pathognomonique, la transmission de l'impulsion ou du bruit du cœur à travers le parenchyme hépatisé, se faisant sentir ou entendre avec autant ou plus de force dans cette partie du thorax que dans celle opposée ;

3° Qu'une maladie organique du cœur peut se développer et parvenir à un état avancé, sans troubler notablement les fonctions de l'organisme, puisque Gilles, depuis assez longtemps, exerçait journellement dans la maison le métier fatigant de charpentier ;

4° Qu'une tumeur très-volumineuse peut envahir le foie, sans altérer sa composition organique et ses usages. En effet, le même individu digérait habituellement assez bien, se livrait au travail et ne s'était jamais plaint de douleurs dans la région de ce viscère et n'avait jamais été affecté d'ictère ;

5° Qu'enfin, rien ne démontre que le liquide gélatiforme, qui enveloppait les débris d'acéphalocystes ou ces vers tout entiers, n'ait pas été le résultat de la résorption de la partie du fluide du liquide contenu dans la cavité de ces animaux parasites, dont un grand nombre avait succombé, plutôt que le produit d'une sécrétion opérée à la face interne des parois du kyste.

J'ajouterai que, si une phlegmasie intense du poumon droit n'avait pas entraîné la mort, il eût fallu, pour que le foie eût cessé d'exercer normalement ses fonctions, que le kyste eût acquis un volume assez considérable pour gêner mécaniquement son action et venir faire saillie à l'extérieur, ce qui était difficile, parce qu'il était logé dans une cavité dans laquelle il pouvait s'étendre. En outre, pour qu'il eût été possible d'apercevoir, dans la région qu'il occupait, de la fluctuation, comme l'ont indiqué les auteurs, plutôt d'après les idées théoriques que d'après l'expérience, il eût été nécessaire qu'il fût placé de manière à être soumis à l'exploration par le toucher, ce qui, dans les neuf dixièmes des cas, n'a pas lieu. Enfin, il n'eût pu se développer des phénomènes morbides généraux ou locaux, qu'autant qu'un travail de suppuration se fût emparé des parois du kyste. Or, la

mort, comme dans le cas actuel, arrive ordinairement avant que l'inflammation commence à s'étendre aux parties environnantes et que le pus puisse se frayer une issue au dehors.

L'observation, que je viens de rapporter, confirme donc l'assertion émise par M. Cruveilhier, que, le plus souvent, les malades portant des kystes acéphalocystifères dans le foie, succombent à une affection morbide indépendante, et surtout à la pleuro-pneumonie ou à la pneumonie.

---

6. *Mémoire sur l'iléus ou volvulus;* par M. Caytan.

(Revue médico-chirurgicale, avril 1848.)

> Ressiccatur enim simul intestinum et constipatur ex inflammatione; ita ut neque flatus, neque alimenta pertranseant, sed venter durus et vomat interdum.
>
> HIPPOCRATE.

Les anciens médecins avaient en général une idée assez précise de cette affection; ils employaient deux expressions différentes pour désigner le volvulus ou l'iléus : l'une qui répond aux mots *coarcto*, *concludo*, je resserre; l'autre qui signifie *convolvo*, j'entoure, je roule. Cette maladie a reçu différentes dénominations : Galien l'appelle *chordapsus;* Cœlius Aurelianus la nomme *tormentum acutum;* et Celse la désigne sous le nom de *morbus tenui intestini.*

Les auteurs modernes ont décrit cette affection sous les noms de : *passion iliaque, miserere mei, colique de miserere, iléosie, iléose, ilée* et *iléus*, qu'ils considèrent comme synonymes de *volvulus.*

L'invasion de cette maladie est ordinairement brusque, sans frisson initial, et caractérisée par les symptômes suivants : face pâle et grippée, pouls variable, sensation de douleur extrêmement vive, pongitive, circonscrite dans un point de l'abdomen, constipation opiniâtre, météorisme, éructations, nausées, hoquet et vomissements séreux, bilieux ou stercoraux. La durée de ces accidents varie; des individus ont vécu dans cette triste et pénible position pendant sept, huit, jusqu'à dix jours.

Le pronostic de l'iléus ou du volvulus est toujours excessivement grave, car si l'obstacle mécanique ne peut être enlevé ou détruit, il est évident que la mort est certaine. Dans des circonstances heureuses, il est possible que l'intestin puisse parfois se dégager lorsqu'il existe une invagination. Cette terminaison est beaucoup plus rare, sinon impossible, lorsqu'il y a eu torsion du paquet intestinal sur lui-même, ou étranglement de l'intestin pris sous une anse vicieusement disposée. L'on peut encore

supposer qu'une inflammation adhésive s'établisse à l'endroit de l'étranglement et que la partie étranglée se gangrène, se détache par suppuration et soit rendu par les selles (*Hévin*).

La plupart des auteurs anciens ont admis un iléus nerveux indépendamment de toute lésion de l'intestin, de tout obstacle matériel au cours des matières fécales. M. Chomel, au contraire, n'admet que l'iléus symptomatique, c'est-à-dire provenant d'une cause physique, qui interrompt plus ou moins complétement la continuité du canal digestif.

Différentes conditions organiques peuvent déterminer le développement de l'iléus.

1re *condition.* — Une portion d'intestin peut être étranglée, comprimée; la continuité de sa cavité peut être interrompue par des brides sous lesquelles il s'est invaginé, par les bords d'une petite ouverture dans laquelle il s'est introduit, par la torsion ou le contournement de tout le paquet mobile des intestins ou seulement d'une portion de ceux-ci. Des diverticules de l'iléon, de l'épiploon, des franges épiploïques peuvent également constituer des moyens d'étranglement.

2e *condition.* — L'occlusion du canal intestinal peut être le résultat de l'invagination d'une portion d'intestin dans une autre. Tantôt une partie d'intestin s'introduit dans la partie supérieure; tantôt, ce qui arrive le plus souvent, c'est la partie supérieure qui descend dans l'inférieure; les intestins peuvent s'invaginer entre eux, ou bien s'introduire dans le gros intestin et donner ainsi lieu à l'intussusception.

3e *condition.* — L'iléus peut être produit par le séjour prolongé de matières fécales endurcies, ou par d'autres corps étrangers réfractaires à la digestion, tels que des noyaux de fruits, des pépins de raisin, ou des pelotons de vers lombricoïdes, qui obstruent la cavité du tube digestif.

4e *condition.* — La continuité du canal intestinal peut être encore interrompue par des tumeurs, des rétrécissements aigus ou chroniques dépendant d'une dégénération squirrheuse de ses membranes, d'entérite ou de péritonite chroniques.

Pour combattre cette maladie terrible, diverses méthodes de traitement ont été préconisées.

PREMIÈRE MÉTHODE, — *par les purgatifs.* — Ceux-ci sont utiles dans certaines circonstances en favorisant les contractions de l'intestin; cependant leurs effets sont inconstants, à cause des vomissements continuels qui accompagnent ordinairement l'affection qui nous occupe. Lorsque l'on juge convenable d'y avoir recours, les plus doux seront toujours les plus avantageux.

Les lavements irritants ou purgatifs ont été recommandés par un grand nombre d'auteurs, parce qu'ils excitent promptement les mouvements péristaltiques et rendent ainsi mobiles les matières qui forment obstacle. Les lavements forcés et les douches ascendantes sont encore des moyens dont l'utilité est incontestable.

DEUXIÈME MÉTHODE, — *par les réfrigérants.* — Louis Septal, Hoffmann et Hufeland en ont vanté l'usage dans les coliques et dans l'iléus ; ces auteurs assurent que l'eau glacée produit de bons effets lorsqu'elle est prescrite en boissons, en lavements ou en applications sur le ventre.

TROISIÈME MÉTHODE, — *par les vomitifs.* — Ceux-ci ne peuvent avoir d'autre effet que de dégager l'intestin étranglé ou invaginé, en favorisant l'action antipéristaltique, par les secousses que les efforts des vomissements impriment à la masse intestinale. L'emploi de cette méthode n'est guère recommandable.

QUATRIÈME MÉTHODE, — *par les antiphlogistiques.* — Dans les cas de l'espèce, l'inflammation est imminente ou existe déjà, il y a entérite on péritonite concomitantes ; par conséquent, les saignées générales et surtout locales, les frictions mercurielles sur le ventre ou à l'intérieur des cuisses et les lavements au calomel, seront des moyens qui produiront des avantages positifs, en les prescrivant en temps opportun.

CINQUIÈME MÉTHODE, que j'appelle *par compression.* — Les balles d'or ou de plomb et le mercure coulant, agissant par leur poids sur l'obstacle qui produit l'occlusion intestinale, parviennent souvent à enlever celle-ci.

Le mercure coulant a été employé depuis longtemps. Zacutus Lusitanus, Lazare Rivière et Hoffmann, en recommandaient déjà l'usage dans le traitement de l'iléus. Un grand nombre d'auteurs recommandables s'opposent formellement à l'emploi de cette méthode, en alléguant que ces moyens mécaniques sont toujours inutiles ou dangereux, et qu'ils ne servent qu'à hâter la mort et à mettre au supplice ces malheureux atteints d'iléus ou de volvulus. D'autres la recommandent seulement dans les cas où les autres méthodes sont restées inefficaces. Parmi les praticiens qui préconisent le mercure métallique se trouvent : *Moscati, Darwin, William Perry*, *Belloste*, *Hufeland*, *Roland* et *Landeberg.*

SIXIÈME MÉTHODE, *le galvanisme*, proposé par Leroy, n'a pas encore pris rang parmi les moyens sur lesquels l'expérience a prononcé.

SEPTIÈME MÉTHODE, *la gastrotomie*, a été instituée comme moyen curatif par Paul Barbette, célèbre chirurgien du dix-septième siècle, mais l'incertitude dans ses résultats l'a fait abandonner généralement (*Hévin*, *Dupuytren*).

Voici quelques observations d'iléus que j'ai recueillies dans ma pratique.

Obs. I. — C. V..., âgé de 40 ans, domestique, d'une bonne constitution, me fit appeler le 10 septembre 1839 ; il souffrait horriblement de coliques depuis quelques heures ; l'invasion de celles-ci avait été brusque, sans frisson initial et sans cause connue ; la douleur était circonscrite à la région ombilicale, et le malade la dépeignait comme un sentiment de pincement ou de constriction ; la sensation de la douleur augmenta successivement et arracha des cris et des lamentations continuels au patient. A ces phénomènes se joignirent les nausées, le hoquet et les vomissements qui, d'abord bilieux, ne tardèrent pas à devenir semblables à des matières stercorales. Après avoir bien examiné le malade, je ne lui reconnus point de hernie. — Pr. : 20 *sangsues à l'abdomen*, *cataplasmes émollients*, *lavements purgatifs*, *eau froide pour boisson*.

Le deuxième jour de l'invasion, la fièvre s'alluma, le pouls devint petit, fréquent, serré ; le météorisme abdominal, une chaleur brûlante des parois de l'abdomen, une douleur vive au plus léger contact et l'altération de la face, tels furent les symptômes qui m'indiquèrent suffisamment qu'une péritonite secondaire s'était déclarée.

Aussitôt les saignées locales et générales furent répétées ; j'eus recours aux frictions mercurielles ; malgré ce traitement actif, le mal fit des progrès, et le malade succomba le troisième jour après l'invasion, suffoqué par des matières fécales, qui sortaient en grande abondance par les vomissements.

Obs. II. — J. R..., paysan, agé de 50 ans, n'ayant jamais eu des maladies sérieuses, jouissait habituellement d'une bonne santé et sans traces de hernie. Après une marche forcée par un temps chaud, il prit, en arrivant chez lui, des boissons froides en abondance, et bientôt il fut atteint de coliques accompagnées de vomissements. Appelé le 10 juin 1840 vers minuit, il me fut facile d'observer tous les signes pathognomoniques de l'iléus, tels que : altération de la face, tension de l'abdomen, douleur pongitive à la région ombilicale, vomissements bilieux d'abord, puis stercoraux, anxiété précordiale, pouls petit et fréquent, constipation.

Je prescrivis à l'instant : 25 *sangsues à l'abdomen*, *saignée de*

15 *onces, cataplasmes anodins, lavements laxatifs alternés avec les clystères d'eau froide et les mucilagineux à l'intérieur.*

Ce traitement, continué et suivi pendant 24 heures, n'amena aucun résultat favorable, et le malade, résigné à son triste sort, expira le quatrième jour après l'invasion, dans un état de prostration extrême.

Obs. III. — Le 10 novembre 1843, je fus appelé chez P. M..., chasseur de profession, âgé de 42 ans; cet homme, obligé par son état de braver toutes les intempéries de la saison, était sujet à des coliques, qui, ordinairement, cédaient à des moyens calmants et à des cataplasmes anodins. Cette fois, ces remèdes échouèrent complétement. Par des circonstances indépendantes de ma volonté, il me fut impossible de voir le malade dans la journée; en arrivant le lendemain chez le patient, j'appris, à mon grand étonnement, que, poussé à bout et exaspéré par des souffrances atroces, il venait d'avaler dans un moment de désespoir, 30 *balles de plomb avec lesquelles on tire les oies.* Entretemps les coliques, le hoquet et les vomissements stercoraux ne discontinuèrent pas. Le malade ayant la face altérée, pâle, le pouls petit, fréquent et serré, je le croyais voué à une mort prochaine; cependant je ne perdis point courage, et pour aider autant que possible l'action des moyens mécaniques ingérés, je mis en usage *les lavements purgatifs, alternés avec les clystères réitérés d'eau froide.* Le malade se trouvant dans l'impossibilité de se soutenir, je le fis promener de temps en temps soutenu par deux aides. Après six heures d'attente et de soins continus, une première débâcle eut lieu, une seconde selle ne se fit pas attendre longtemps; le cortége de tous les symptômes fâcheux ne tarda pas à disparaître et la guérison ne se démentit point.

Obs. IV. — Le 2 août 1846, F. N..., domestique, âgé de 18 ans, d'une constitutiou excellente et sans trace de toute hernie, me présenta, sans cause connue, les signes caractéristiques d'un iléus, tels que face pâle, grippée, douleurs atroces dans les régions lombaires s'irradiant dans tout l'abdomen, anxiété précordiale, vomissements séreux d'abord, puis stercoraux, hoquet, pouls petit, serré et fréquent, constipation. En conséquence, 25 *sangsues à l'abdomen, les cataplasmes émollients, les lavements purgatifs et l'huile de ricin laudanisée,* constituèrent ma prescription.

Le lendemain, je pus me convaincre que ce traitement, appliqué avec toutes les précautions désirables, avait été sans résultat. Les douleurs atroces, le hoquet, les vomissements stercoraux et la constipation persistant avec une opiniâtreté désespérante, j'avais la conviction de l'inefficacité des moyens prescrits;

enhardi par les succès que l'on avait quelquefois obtenus par les corps métalliques, j'administrai 2 onces de mercure coulant dans une cuillerée d'huile d'olives, tout en continuant l'emploi des lavements tièdes et froids. Le malade, soutenu par deux aides, s'adonna à la déambulation jusqu'à la fatigue. Cette première dose de mercure n'augmentant nullement les douleurs, ni les vomissements, une seconde dose fut ordonnée ; douze heures après son ingestion, le malade eut plusieurs selles. L'obstacle étant enlevé, la scène des phénomènes formidables cessa, et F. N..., qui avait été à deux doigts du tombeau, ne tarda pas à se retablir sous l'influence du repos et d'un régime approprié.

Obs. V. — Le 10 octobre 1846, je fus appelé en consultation, avec un confrère de mes environs, pour donner mon avis sur une occlusion intestinale, qui donnait lieu à tous les signes caractéristiques de l'iléus. Depuis 38 heures, le malade souffrait de coliques atroces ; le hoquet et les vomissements stercoraux le fatiguaient beaucoup, et la constipation était opiniâtre. Ces accidents graves s'étaient déclarés à la suite d'un repas ordinaire où l'on avait servi des raisins mûrs ; notre malade, en étant amateur, en mangea copieusement, et pour son malheur, il avala tous les pépins. Le médecin traitant avait employé, avec assiduité et prudence, tous les moyens imaginables en pareille occurrence, tels que lavements laxatifs et forcés, purgatifs, bains, cataplasmes et cathétérisme du rectum, mais tout cela ne produisit aucun amendement. Les accidents augmentant en intensité et le danger paraissant imminent, il ne restait donc plus de temps à perdre. Nous convînmes d'administrer immédiatement le mercure coulant.

Le patient, résigné et se confiant à notre médication, prit 2 onces de mercure dans une cuillerée d'huile d'olives et se promena constamment. En même temps les lavements tièdes et froids furent continués. La première dose de mercure ne changeant en rien l'état fâcheux du malade, nous réitérâmes celle-ci, et 4 heures plus tard, une selle des plus fétides amena quelques pépins. Peu après celle-ci, une autre selle amena une partie du mercure ainsi qu'une masse de pépins qui avaient contribué à former l'obstacle. Quelques jours de diète et de repos ne tardèrent pas à rendre notre malade à la santé.

Conclusions. — Avant d'instituer le traitement de l'iléus ou de l'étranglement interne, le point principal sera toujours de rechercher l'espèce d'étranglement que l'on a à combattre. Ce point de diagnostic est des plus importants et devra être établi et élucidé, autant que possible, par toutes les méthodes d'exploration

malheureusement trop restreintes, que nous possédons à cet effet. Si, par des investigations minutieuses, l'on découvre dans la région du flanc droit, correspondant à la valvule iléo-cœcale, une sensibilité extrême à la pression, une douleur et une tuméfaction restant circonscrites, jointes à l'absence de souplesse et de sonorité, ces caractères plus ou moins tranchés nous conduisent, d'une manière à peu près certaine, à conclure à l'existence d'une intussusception. En effet, c'est l'intestin grêle qui, dans l'immense majorité des cas, s'invagine dans le gros intestin, à travers la valvule de Bauhin (*Chomel*). Dans cette circonstance, on renoncera à la médication par les corps métalliques, parce qu'ils augmenteraient nécessairement les accidents au lieu de détruire l'obstacle. Les émissions sanguines, les bains, les lavements et surtout les douches ascendantes sont alors indiqués.

Le diagnostic différentiel étant souvent obscur, difficile et même impossible à fixer, l'inflammation existant ou étant imminente dans les cas de l'espèce, il conviendra alors de débuter par la médication antiphlogistique. En conséquence, on prescrira les saignées locales et générales, les bains, les lavements tièdes et froids et les légers purgatifs.

L'impuissance de ces moyens étant démontrée, les accidents et le danger augmentant en intensité, je crois que l'on pourra sans crainte recourir à la méthode par compression ; car en proscrire entièrement l'usage, serait se priver d'une ressource précieuse.

La mort instantanée, l'intoxication, la salivation excessive et la déchirure des parois intestinales, sont des malheurs que l'on attribue à la médication par le mercure coulant, les succès incontestables obtenus par celui-ci ont depuis longtemps victorieusement répondu à ces assertions au moins exagérées. Il est prouvé aujourd'hui que le mercure coulant, comme remède mercuriel proprement dit, est une substance inerte (1), et que la déchirure des intestins n'est possible, que lorsque ceux-ci sont déjà considérablement ramollis par des maladies précédentes.

THÉRAPEUTIQUE. — 7. *Essence de térébenthine à haute dose dans le traitement du purpura hæmorrhagica.*

(Gazette médicale de Paris, N° 18; 1848.)

M. le docteur Moore Neligan, après avoir essayé sans succès la médication ordinaire du purpura hæmorrhagica, c'est-à-dire

(1) A moins de supposer que par un séjour prolongé (7 à 14 jours) dans les voies digestives, il puisse être en partie éteint, oxydé ou altéré, d'une manière qui le rende susceptible d'absorption (*Orfila*).

l'emploi d'un régime tonique, d'une nourriture substantielle, du quinquina et des acides, a eu l'idée de recourir à l'emploi, à haute dose, de l'essence de térébenthine, qui joint à ses propriétés éminemment purgatives une action anti-hémorrhagique. Cette tentative lui a réussi. Il a employé l'essence de térébenthine en potion et en lavements. La dose qu'il a donnée est de 30 à 45 grammes pour un adulte, et de 8 à 15 grammes chez les enfants. Il combine ordinairement ce moyen avec l'huile de ricin, afin d'assurer l'action purgative. La résolution, dans les différents cas qu'il a eu à traiter, s'est faite avec une grande rapidité, dans un intervalle qui a varié entre cinq et douze jours. Cette rapidité a toujours été, du reste, en raison directe des effets purgatifs du médicament.

---

8. *Traitement des ulcères par l'emploi du tartrate de fer et de potasse.*

(Gazette médicale de Paris, nº 18 ; 1848.)

Le tartrate de fer et de potasse, bien que passant pour un excellent martial, est presque tombé en désuétude ; on l'a employé pendant longtemps contre les ulcères phagédéniques; mais en raison sans doute des faibles doses auxquelles on l'administrait, les effets ne répondaient pas complétement à ce qu'on s'en promettait. M. Ricord a pensé qu'en l'employant à des doses élevées, ce médicament pourrait rendre encore d'utiles services. Il l'a prescrit, chez des sujets atteints d'ulcères phagédéniques, à la dose de 30 grammes pour 200 grammes d'eau distillée, à raison de trois cuillerées par jour d'abord, puis augmentant progressivement la dose jusqu'à vingt cuillerées, ce qui équivaut à peu près à 20 grammes. La même solution servait pour les pansements. Il paraît avoir obtenu de nombreux succès depuis qu'il a recours à l'emploi de ce médicament aux doses indiquées.

---

9. *Lotion contre la gale.*

(Gazette médicale de Paris, Nº 18 ; 1848.)

Le *Répertoire de pharmacie* donne la formule suivante pour le traitement de la gale.

Prenez : Essence provenant de la térébenthine du sapin argenté. 20 grammes
Alcool rectifié. 100
Biiodure de mercure. . . . 10
Iodure de potassium. . . . 20

M. S. A. une cuillerée à bouche de cette liqueur dans un verre d'eau pour se lotionner avec soin tout le corps à l'aide d'une éponge fine.

10. *De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques* ; par le docteur E. Hervieux, ancien interne lauréat des hôpitaux.

(Archives générales de Médecine, avril 1848.)

La digitaline est le principe actif de la digitale pourprée ; c'est à la digitaline que la digitale pourprée et toutes les digitales en général doivent les propriétés physiologiques et thérapeutiques qui les recommandent à l'attention des praticiens. Il est donc facile de pressentir l'importance du rôle que la digitaline est appelée à jouer dans l'art de guérir, d'après la célébrité même dont jouissent depuis si longtemps, en tant que médicaments, les végétaux dont on l'extrait. Car si la digitaline isolée représente toutes les vertus, toute la puissance d'action des digitales, si ce principe rend à lui seul tous les services qu'on attend habituellement de la préparation des plantes qui le contiennent, si d'une autre part on démontre que le mode d'administration en est plus facile et plus simple, les effets plus sûrs et plus constants, nul doute que la digitaline ne prenne bientôt dans la thérapeutique un rang éminent, et que, reconnue supérieure aux digitales, elle ne les supplante dans tous les cas où leur usage était indiqué. Déjà cette supériorité a été en partie démontrée par les patientes recherches des auteurs mêmes de cette découverte importante, MM. Homolle et Quevenne, et, après eux, par les expériments nombreux de MM. Bouchardat et Sandras. Cependant, il faut le dire, ces investigations savantes, bien qu'ayant mis en lumière les effets physiologiques et les avantages pharmaceutiques de la digitaline, laissent encore beaucoup à désirer au point de vue clinique, et c'est probablemont à cette cause qu'il faut attribuer l'usage assez restreint qu'on a fait jusqu'à ce jour de ce précieux agent.

C'est pour combler cette lacune que j'ai entrepris ce mémoire, trop heureux si, par mes efforts, je pouvais contribuer à la fortune et à la popularité d'un remède, qui a d'ailleurs tant de titres à l'estime et à la faveur du public médical.

Préalablement à toute réflexion, je passerai en revue, aussi succinctement que possible, les diverses observations qui font la base de ce travail, et que j'ai recueillies, l'an dernier, en qualité d'interne, dans le service de M. Rayer.

Lésion des valvules aortiques avec hypertrophie du cœur et hydropisie consécutives ; abaissement et régularisation du pouls par la digitaline ; amendement de l'hydropisie ; diurèse et sueurs.

Obs. I.—Breton (Anne), âgée de 48 ans, est entrée le 12 jan-

vier 1847, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 1. D'un caractère violent, emporté, facilement impressionable, la femme Anne éprouva, un an avant son entrée à l'hôpital, un grand chagrin, à la suite duquel elle ressentit les premières attaques de sa maladie. Perte d'appétit, fortes palpitations, quelques défaillances, grande oppression, tels furent les premiers symptômes qui attirèrent l'attention de la malade, et qui furent combattus par des saignées, des boissons délayantes et une application de sangsues à la région du cœur. Il y a seulement trois semaines qu'apparut la tuméfaction hydropique des membres inférieurs ; du reste, pas de rhumatismes, soit musculaires, soit articulaires, antécédents.

État actuel.—Habitude extérieure maigre, décharnée ; saillies osseuses très-accentuées, et malgré cela, nature en apparence énergique et robuste. OEdème infra et supra-malléolaire de chaque côté ; matité considérable au niveau de la région précordiale, s'étendant surtout à droite et en haut ; soulèvement perceptible, non-seulement à la main, mais à l'œil nu, des parois thoraciques, pendant la contraction ventriculaire. Battements du cœur sourds et profonds ; souffle râpeux, localisé à la base au premier temps ; second temps voilé en partie par le prolongement du premier temps, et difficile à distinguer ; pouls dur, vibratile, à 89, mais peu développé, et régulièrement intermittent de cinq en cinq pulsations ; toux légère, sans crachats ; pas d'étourdissements ni de maux de tête ; appétit médiocre et constipation ; malaise général avec tendance aux lipothymies, quand la malade veut se lever. Administration de deux pilules de digitaline, de 1 miligramme chacune.

Le 13 au soir, c'est-à-dire sept heures après l'administration des deux pilules, abaissement du pouls à 72 ; la malade a ressenti quelques borborygmes, sans coliques, sans envie de vomir ; pas d'action diurétique, pas d'accidents nerveux.

Le 14. Pouls à 84. L'intermittence, hier très-marquée de cinq en cinq pulsations, n'a plus lieu que d'une façon très-irregulière, mais à des intervalles en général assez considérables, 8, 12 et même 20 pulsations. Plusieurs envies d'uriner pendant la nuit, sans pourtant que la quantité des urines ait notablement augmenté.

Continuation du même traitement les jours suivants. L'abaissement du pouls se maintient, mais n'est jamais plus prononcé que dans la soirée, c'est-à dire quelques heures après l'ingestion des pilules. La malade me fait remarquer d'elle-même la fréquence de ses émissions urinaires, qui, de leur nombre normal 2 ou 3, s'élèvent chaque jour à 5 ou 6, c'est-à-dire au double du

chiffre précédent, et tire de cette circonstance un augure favorable pour sa guérison.

Cependant, il faut l'avouer, l'état du cœur et l'infiltration du tissu cellulaire des jambes ne se sont pas sensiblement amendés.

Le 24 au matin, la malade nous annonce qu'elle a été prise pendant la nuit de sueurs abondantes. On continue l'usage des pilules, et cette diaphorèse insolite se maintient jusqu'au 28. Au bout de ce temps, l'hydropisie avait presque complétement disparu; l'oppression dont se plaignait antérieurement la malade était beaucoup moins intense, et le pouls, bien que dépourvu de souplesse et d'ampleur, avait repris sa régularité normale. Il est à remarquer que, durant l'existence de ces sueurs critiques, l'abondance et la fréquence des mictions n'avaient pas diminué : loin de là, la malade s'était plainte à nous d'éprouver parfois ce besoin d'une manière si pressante qu'elle avait falli souvent laisser échapper ses urines dans son lit.

Cet état de mieux notable se maintint jusqu'au 6 mars, époque où, débarrassée de son oppression et de l'hydropisie des membres inférieurs, c'est-à-dire des accidents qui l'avaient amenée à l'hôpital, elle se décida à le quitter, quoique non guérie de ses lésions valvulaires et de son hypertrophie cardiaque.

Endocardite rhumatismale ; ralentissement du pouls sous l'influence de la digitaline ; action diurétique très-prononcée ; amendement des principaux accidents.

Obs. II. — Gauthier (Marie), âgée de 30 ans, est entrée le 2 avril 1847 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 2. Sujette aux palpitations depuis son enfance, la malade a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, l'une il y a cinq ans, l'autre au mois de septembre dernier. Elle éprouve encore, à l'heure qu'il est, des douleurs dans la plupart des jointures, et même en plusieurs points de la colonne vertébrale.

La main appliquée sur la région précordiale perçoit un frémissement pendant la systole des battements du cœur. Les deux battements sont remplacés chacun par un bruit de souffle, le premier plus prononcé à la base, le second à la pointe et à droite, et séparés l'un de l'autre par un claquement valvulaire. Le pouls est faible, peu résistant, à 84. Défaillances fréquentes, céphalalgies rebelles, sommeil agité, souvent nul; douleurs vives dans quelques points de la poitrine, particulièrement à la région du cœur, accompagnées de dyspnée, avec menace de suffocation, évacuations menstruelles régulières, mais pâles, séreuses et peu

abondantes, depuis la dernière attaque de rhumatisme. Du reste, langue bonne, appétit conservé, malgré une constipation habituelle.

Deux pilules de digitaline de 1 milligramme chacune.

Le soir, la malade affirme n'avoir éprouvé ni dégoût en avalant les pilules, ni aucun accident après leur ingestion; nausées, coliques, étourdissements, pesanteurs de tête, etc. Cependant le pouls est descendu à 60. Il y a eu quelques envies d'uriner, qui n'ont pas été suivies d'émissions urinaires.

Le 4 au matin, pouls à 64; 5 émissions urinaires depuis la veille au soir; contre son habitude, la malade a dû vider deux fois son urinoir.

Continuation des pilules les jours suivants.

Le pouls se maintient à 60 en moyenne; il varie de 56 à 64; il a atteint une fois 72; mais il reste toujours loin du chiffre 84 que nous avions observé le premier jour. En même temps les douleurs pectorales se sont apaisées, les palpitations sont beaucoup moins fortes et plus rares, la dyspnée qui les accompagnait d'ordinaire moins intense; il n'existe plus de maux de tête, le sommeil est redevenu calme et bon. Ce mieux sensible annoncé par la malade coïncide avec une diminution évidente des bruits morbides constatés à l'auscultation. Le souffle du second temps est devenu imperceptible; celui du premier a perdu une grande partie de sa force et n'est plus suivi du claquement valvulaire que nous avions signalé.

Si l'état du pouls a peu varié après l'abaissement notable qu'il avait subi les premiers jours, il n'en est pas de même de l'abondance et de la quantité des émissions urinaires. Le chiffre de celles-ci s'est élevé, le 23 avril, jusqu'à 15, et les jours précédents, il n'allait pas habituellement à moins de 6, 7 ou 8. La malade m'a assuré n'avoir jamais éprouvé dans sa vie de tels besoins et d'aussi fréquents d'uriner.

Le mieux que nous avons signalé se soutient jusqu'au 25, et la malade, en voie de guérison, demande elle-même sa sortie.

Rétrécissement de l'orifice aortique; hydropisie des membres inférieurs; emploi de la digitaline; disparition de l'hydropisie et amélioration notable dans les accidents cardiaques.

Obs. III.—Georges (Marianne), âgée de 30 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 4, le 28 juin 1847. Malade depuis deux mois seulement, n'ayant jamais eu d'arthrite rhumatismale antécédente, cette femme s'est aperçue de la tendance de ses jambes à l'hydropisie, en même temps que d'un

certain nombre d'accidents tels que, un essoufflement habituel, des accès de suffocation la nuit, la perte presque complète du sommeil, des maux de tête fréquents, en un mot, l'appareil de symptômes qui accompagne habituellement les lésions de l'organe central de la circulation ; indépendamment de ces signes subjectifs, nous constatons, à l'entrée de la malade, comme signes objectifs, une matité très-étendue dans la région précordiale, un soulèvement très-prononcé des parois pectorales pendant la systole ventriculaire, un bruit de souffle très-intense à la base, se prolongeant au loin dans la crosse aortique, la petitesse du pouls qui s'élève à 84.

Un vésicatoire est mis sur la partie antérieure de la poitrine, et une pilule de digitaline. L'établissement du vésicatoire étant susceptible de masquer les effets de la digitaline, nous attendons sa dessiccation pour pouvoir apprécier l'action isolée de ce médicament.

Le 3 juillet, le vésicatoire est sec et l'on porte à 2 milligrammes la dose de la digitaline.

Le 4 juillet, pouls faible encore, à 76 ; quatre émissions urinaires, au lieu de deux, selon l'habitude de la malade. Diminution dans l'intensité du bruit de souffle ; l'œdème des membres inférieurs persiste ; mais le sommeil est meilleur, moins agité par des rêves pénibles ; respiration normale, à peine troublée par quelques rares étouffements.

Même traitement et même état jusqu'au 10 juillet. Ce jour-là nous constatons une diminution sensible dans l'hydropisie qui ne dépasse plus les malléoles. Les autres accidents dont se plaignait la malade sont amendés dans la même proportion. Le bruit de souffle n'est guère moins prononcé que le 4 ; mais le pouls est descendu à 66. Le chiffre des émissions urinaires s'est élevé à six par jour. En un mot, bien qu'on n'ait pas augmenté la dose de la digitaline, ses effets ont été de jour en jour plus marqués.

Le 29 juillet, il n'y a plus trace d'hydropisie ; toutes les fonctions ont, à très-peu de chose près, leur régularité normale. Le pouls a repris de la force en perdant de sa fréquence ; l'excrétion urinaire, bien qu'ayant subi un certain nombre de fluctuations, est restée abondante. La malade très-soulagée, sinon radicalement guérie, demande et obtient de quitter l'hôpital.

Lésion ancienne et grave de l'orifice aortique ; inutilité de plusieurs traitements pour combattre les accidents qui en résultent ; succès de la digitaline.

Obs. IV. — Bernard (Désirée), âgée de 25 ans, est entrée le

22 mars 1847 à la Charité, salle Saint-Basile, n° 9. Les accidents qu'elle éprouve datent depuis huit ans. On a tenté vainement de les amender par les antiphlogistiques, les vésicatoires, le sirop de pointes d'asperges et divers autres remèdes qui ne sont plus présents à la mémoire de la malade.

Voici ce qu'elle n'a cessé de ressentir depuis huit ans, sauf l'intensité toujours croissante de ces divers symptômes. Palpitations de plus en plus violentes qui ont rendu la marche presque impossible par les accès de suffocation qu'elles déterminent; étourdissements fréquents qui ôtent momentanément à la malade l'usage de la vue et de l'ouïe; congestions habituelles de la face qui devient non-seulement violacée, mais presque noire; toux fréquente, pénible, non suivie d'expectoration; sommeil rarement calme et de longue durée, digestions assez faciles, appétit variable, constipation. Irrégularités et souvent absence prolongée de la menstruation. Pas d'hydropisie.

L'expectoration de la poitrine démontre un bombement manifeste de la région précordiale avec une submatité assez étendue, un bruit de souffle qui absorbe les deux claquements valvulaires, au moins quand on applique l'oreille au niveau de la base du cœur, où a lieu le maximum d'intensité; car à la pointe on réussit, avec beaucoup d'attention, à percevoir les deux chocs. On prescrit deux globules de digitaline, à 1 milligramme chacun.

Comme dans les cas précédents, la malade ne s'est plainte d'aucun accident consécutif à l'ingestion des globules; nausées, vomissements, coliques, diarrhées, troubles nerveux, etc. De 90, le pouls est descendu, en vingt-quatre heures, à 76; son irrégularité, très-grande la veille, est moins marquée. Il n'y a eu aucun effet sensible du côté des urines.

Peu de changements, ou du moins qui méritent d'être notés, jusqu'au 30 mars. Ce jour-là le pouls est encore à 76 et assez régulièrement intermittent de 7 en 7 pulsations. La malade remarque depuis quelques jours la fréquence plus grande des émissions urinaires, qui ne s'élèvent pas à moins de cinq ou six dans les vingt-quatre heures, leur abondance, qui l'oblige à vider jusqu'à deux fois son urinoir. Le souffle est toujours aussi intense, aussi prolongé, et s'entend avec facilité dans presque tous les points de la cage thoracique. Mais un mieux-être très-notable a eu lieu; la gêne et la pesanteur dont la poitrine était le siége ont sensiblement diminué; le sommeil quoique lourd se prolonge davantage, la face est moins congestionnée, l'appétit plus régulièrement bon, et la malade ne se plaint plus de vertiges et d'étourdissements. Cette amélioration, vraiment re-

marquable dans la position du sujet, position qu'aucun traitement n'avait jusque-là réussi à amender, se maintient jusqu'au 11 avril; jour de sortie de la malade.

Le ralentissement du pouls observé les premiers jours, à part quelques fluctuations, ne s'est pas démenti non plus que l'action de la digitaline sur la sécrétion rénale. Nous devons à la vérité de dire que le souffle morbide a très-peu perdu de son intensité, ce qui nous fit craindre un retour prochain de tous les accidents.

Rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite. Administration de la digitaline; son action favorable sur la circulation, son influence sur la sécrétion urinaire. Amendement de quelques accidents.

Obs. V. — Férard (Florence), âgée de 30 ans, entre à la Charité, salle Saint-Basile, n° 12, le 15 janvier 1847. La digitaline n'ayant point été administrée dès l'entrée de la malade, mais seulement à l'époque de la convalescence, dans le but de combattre les accidents cardiaques qui avaient survécu aux accidents articulaires, nous ne rendrons compte qne de la seconde partie de cette observation. Un mot seulement des antécédents de la malade : Une attaque de rhumatisme articulaire, il y a trois ans et demi, des suites de laquelle Florence Férard ne se rétablit jamais. Elle conserva des palpitations, de l'oppression, une dyspnée telle que la marche était devenue impossible, le sommeil rare et agité, la tête habituellement congestionnée, la menstruation très-irrégulière, le plus souvent nulle, et de temps à autre, les malléoles s'œdématiaient sans cause apparente. Tous ces accidents existaient encore, quand elle fut atteinte pour la seconde fois du rhumatisme articulaire, qui la conduisit dans notre service.

Sous l'influence des saignées, du sulfate de quinine, et d'un régime approprié, les douleurs disparurent peu à peu, et le 20 février, il ne restait plus à combattre que les accidents déjà signalés. L'exploration de la partie antérieure de la poitrine permettait d'entendre deux bruits de souffle parfaitement distincts, l'un à la pointe du cœur, et au premier temps, très-intense, mais sourd et profond, l'autre à la base et au deuxième temps, plus doux, mais également rude, avec redoublement et piaulement léger. Le pouls, d'une petitesse vraiment remarquable, bat 92. On prescrit : sirop de digitaline, 20 grammes.

L'ingestion de ce sirop n'a inspiré aucune répugnance à la malade, et n'a été suivie d'aucun accident, sinon de légers étourdissements avec céphalalgie, que nous ne croyons pas devoir

attribuer à la digitaline, la malade y étant depuis longtemps très-sujette, et d'ailleurs pareille chose n'ayant pas été observée les jours suivants. Le pouls descend ce soir-là à 76 ; le lendemain matin, il marquait 88, c'est-à-dire quatre pulsations seulement de moins que la veille. Aucune action du côté des urines ; aucune influence sensible sur la manifestation des accidents primitifs.

Continuation de la même dose de digitaline en sirop sans modification notable de l'état de la maladie jusqu'au 27.

Le 27 février. Pouls à 60, toujours petit; sueurs très-abondantes dans la nuit du 26 au 27 ; une différence très-peu notable dans le nombre des mictions, qui s'élève à 3 ou 4, au lieu de 2 ou 3, comme à l'ordinaire ; plus de maux de tête ni d'insomnies depuis deux jours ; plus de douleurs au niveau de la pointe du cœur, comme auparavant ; diminution très-remarquable dans l'intensité des bruits de souffle, surtout celui de la pointe, qui correspondait au premier temps ; même dédoublement du second ; persistance du piaulement.

Du 27 février au 5 mars. Variation du pouls entre 60 et 76 ; battement du cœur, toujours tumultueux ; pas de modification appréciable des bruits morbides; diminution de la gêne respiratoire, disparition des douleurs, sommeil bon, appétit conservé, malgré une constipation rebelle. Le nombre et l'abondance des émissions urinaires ont un peu augmenté, et la malade elle-même appelle notre attention sur cette circonstance. Il existe encore de la tendance à la transpiration, qui a, d'ailleurs, très-notablement diminué.

Le 8. La malade sort débarrassée de son rhumatisme et de son hydropisie, soulagée quant aux accidents qui avaient précédé l'invasion des douleurs, mais non guérie de son affection cordiale.

Maladie du cœur arrivée à sa dernière période. Action ordinaire de la digitaline sur la circulation et la sécrétion rénale, mais terminaison funeste.

Obs. VI. — Boiset (Marguérite), âgée de 47 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 18, le 29 mars 1847. Je regrette de ne pouvoir entrer dans les détails de cette observation, qui serait intéressante à plus d'un titre; mais borné par l'espace, je ne dirai que ce qui a directement trait à la question dont je m'occupe.

La malade a ressenti, il y a bien longtemps, (elle ne peut préciser l'époque) les premières atteintes de son mal. Depuis longtemps, elle est sujette au gonflement des jambes, à des étouffe-

ments, des palpitations, des syncopes, des maux de tête, de l'insomnie, des douleurs soit dans les membres, soit dans la poitrine. Plusieurs fois on l'a traitée à l'Hôtel-Dieu pour une maladie du cœur. Elle en sortait plus ou moins soulagée, mais non guérie.

Aujourd'hui, elle se présente à nous avec une hydropisie presque générale ; les membres inférieurs et supérieurs sont infiltrés dans toute leur étendue. La cavité abdominale est remplie de liquide ; la face et le cou sont œdématiés. Les mouvements du cœur sont tellement tumultueux qu'on ne distingue qu'à grand'peine les deux bruits dont le rhythme est profondément altéré, et dont le premier a subi un dédoublement très-prononcé. En présence de ces bruits anormaux, on s'étonne de la régularité du pouls, qui est encore assez fort, et bat 104 pulsations. Du reste, il existe un très-grand trouble des principales fonctions. L'oppression est si grande que la malade ne peut rester couchée, et passe les nuits appuyée sur son coude. On entend des râles sous-crépitants à grosses bulles dans toute l'étendue de la poitrine. L'appétit est perdu, bien que les selles soient restées normales; de plus, une eschare de la largeur d'une pièce de 1 franc s'est formée à la région sacrée. 3 milligrammes de digitaline en globules.

L'action sur le pouls et les urines a été immédiate. Dès le lendemain, le pouls était descendu de 104 à 76, et la malade se plaignait de fréquentes envies d'uriner, qu'elle différait de satisfaire, dans l'impossibilité où elle était de se lever.

Les jours suivants, l'abaissement du pouls se prononça encore davantage, et la malade urina jusqu'à huit et neuf fois dans les vingt-quatre heures ; mais l'hydropisie et les autres accidents ne firent que s'aggraver. Les selles devinrent involontaires, l'eschare au sacrum s'agrandit, la dyspnée devint telle que la suffocation semblait à chaque instant imminente ; l'engouement pulmonaire devint plus intense, et le 25 avril, la malade dut succomber aux progrès d'une affection, depuis longtemps au-dessus des ressources de l'art.

Hydropisie ascite traitée par la digitaline. Guérison.

Obs. VII. — Durand (Augustine), âgée de 31 ans, est entrée le 30 mars 1847 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 24. En procédant par voie d'exclusion à l'examen de cette malade, nous avons été conduit à penser qu'elle était affectée d'une hydropéritonite pure et simple, sans lésion aucune des organes auxquels on est porté à attribuer les hydropisies. Le

début de la maladie a eu lieu il y a trois mois, à la suite de douleurs dans le ventre, consécutives à une grande fatigue. Peu à peu, les douleurs sont devenues plus intenses en même temps que le ventre augmentait de volume, et bientôt des coliques, de la diarrhée, de l'oppression, la perte de l'appétit et du sommeil, furent la conséquence des progrès de l'hydropisie.

Trois ponctions furent pratiquées le 27 février, mais l'hydropisie s'étant produite, Durand (Augustine) se décida à venir réclamer nos soins.

Le 1er avril, tous les accidents dont nous venons de parler subsistent encore. Le pouls, plein et développé, s'élève à 96. 2 milligr. de digitaline.

Le 2. Pouls à 60, six émissions urinaires très-abondantes dans les vingt-quatre heures. Il est à remarquer que, depuis le développement hydropique du ventre, les émissions étaient devenues difficiles, peu abondantes et très-rares. On prescrit 3 milligr. au lieu de 2.

Le 3. Pouls à 60; six émissions urinaires plus abondantes que la veille; à peine quelques coliques; douleurs abdominales moins vives; appétit meilleur, selles moins fréquentes et moins liquides.

Du 3 au 8. Le pouls, d'une lenteur remarquable, ne s'est pas élevé au delà de 60, et est descendu une fois à 48. La quantité des urines n'a pas perdu de son abondance. Le nombre des mictions a varié de 5 à 8.

Mais ce qui n'est pas moins digne de notre attention, c'est que la saillie abdominale a sensiblement baissé; il n'existe plus de coliques ni de dévoiement; la malade se plaint seulement de quelques douleurs dans le ventre, du reste bien plus tolérables qu'auparavant. On maintient les 3 milligrammes de digitaline en globules.

Persistance du mieux jusqu'au 24. Le pouls, chose remarquable, oscille toujours entre 48 et 60, sans dépasser ce dernier chiffre, affaissement presque complet du ventre; même abondance de la sécrétion urinaire.

Le 28. Plus d'accidents d'aucune sorte. La malade se lève, se promène et rend des services dans la salle. On suspend la digitaline.

Le 8 mai, Durand (Augustine) sort complétement guérie; son pouls, encore lent, ne bat que 64; mais la sécrétion urinaire a repris ses allures normales: il n'y a pas plus de 3 émissions par jour.

Phthisie pulmonaire compliquée d'anémie; quelques accidents heureusement combattus par la digitaline; action de cette substance sur la circulation et la sécrétion rénale.

Obs. VIII. — Riboulet (Rosalie), âgée de 22 ans, est entrée, le 9 avril 1847, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 23. Suppression des règles il y a six mois; crachement de sang très-abondant six semaines après; en même temps des étouffements, des palpitations, de l'insomnie, des maux de tête, un appétit très-régulier. A l'arrivée de la malade, nous constatons une diminution de la sonorité au sommet du poumon droit, une expiration prolongée, un bruit de souffle au premier temps du cœur, un souffle non moins prononcé dans les carotides, la plénitude du pouls, qui s'élève à 96. On prescrit 2 pilules de digitatine à 1 milligramme, quelques jours après celui d'entrée, c'est-à-dire le 16 avril.

Le 17. Pouls à 84; rien encore du côté des urines; pas de maux de tête et moins d'oppression depuis la veille: sommeil meilleur; l'ingestion des pilules n'a causé ni dégoût, ni nausées, ni coliques; en un mot, aucune espèce d'accidents.

Le 18. Pouls à 76; six émissions urinaires dans les vingt-quatre heures, au lieu de deux ou trois qu'avait habituellement la malade; battements du cœur moins forts, souffle du premier temps moins prononcé, même modification du bruit anormal des carotides.

Les jours suivants, jusqu'au 22, le pouls oscille entre 72 et 84, en conservant sa plénitude habituelle; le nombre des émissions urinaires varie entre quatre et huit. L'abondance du liquide sécrété n'a pas augmenté dans la même proportion; mais on peut dire, sans exagération, qu'elle dépasse de 1 à 2/3 la quantité normale; le sommeil est toujours bon, l'oppression moindre, les céphalalgies très-rares.

Le 22, on suspend la digitaline peur appliquer l'électro-magnétisme de l'hypogastre au sacrum, dans le but de rappeler les règles. Nous ne pourrions, sans nous écarter de notre sujet, suivre plus loin cette malade, dont la phthisie ne cessa d'ailleurs de faire des progrès jusqu'à sa sortie de l'hôpital, le 20 juin.

Hypertrophie du cœur; emploi de la digitaline; modifications éprouvées par la circulation et les fonctions rénales.

Obs. IX. — Soron (Hippolyte), âgé de 19 ans, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 2, le 7 avril 1847. Des palpitations, des douleurs en plusieurs points de la poitrine, des céphalalgies violentes, ont marqué, il y a un an, le début de la

maladie : on a traité ces symptômes par la teinture de digitale, le chlorhydrate de morphine, le sirop de pointes d'asperges ; le malade en a éprouvé quelque soulagement; mais repris, il y a trois semaines, avec plus de force que jamais, de ces divers accidents, il se décida à entrer à l'hôpital. On constate à son arrivée un soulèvement considérable des parois de la poitrine dans la région précordiale, appréciable à la vue; par la percussion, une matité considérable et très-étendue des mêmes parties : les bruits du cœur sont parfaitement distincts, mais sourds, profonds, tumultueux ; le premier seul offre quelqne rudesse ; le pouls, plein et résistant, bat 96. La digitaline est prescrite à la dose de 2 milligrammes en 2 pilules.

Le lendemain du jour où a eu lieu, pour la première fois, l'ingestion des pilules, nous n'avons eu à noter aucun accident, mais aussi aucune action sur la circulation et la sécrétion urinaire.

Le surlendemain seulement, 10 avril, nous notons l'abaissement du pouls à 72, l'élévation du nombre des mictions de deux ou trois à six ; une diminution sensible dans la violence des chocs imprimés par le cœur aux parois pectorales, moins de tumulte dans le rhythme des battements, les douleurs précordiales et l'oppression moins fortes qu'à l'ordinaire, l'absence de céphalalgie et le calme du sommeil.

En persistant dans l'emploi de la digitaline, nous avons obtenu l'abaissement à 60 et une moyenne de 64 : le chiffre des émissions urinaires ne s'est pas élevé dans la même proportion ; il s'est maintenu entre cinq et huit du pouls; la quantité des urines rendue a paru augmentée de près du double. Le soulagement éprouvé les premiers jours a été en augmentant, et le malade s'est tellement bien trouvé le 17, qu'il a demandé spontanément sa sortie. Disons cependant que, quoique considérablement amendés, les symptômes objectifs de l'hypertrophie du cœur subsistaient encore.

Phthisie pulmonaire; quelques accidents de cette affection amendés par l'emploi de la digitaline ; l'action sur les fonctions des appareils urinaire et circulatoire.

Obs. X. — Pothier (Jean-Louis), âgé de 47 ans, est entré, le 26 mars 1847 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 9. Ce malade présentait à son arrivée tous les signes de la phthisie pulmonaire au troisième degré, et, entre autres accidents, une dyspnée intense avec menace de suffocation par intervalle, des céphalalgies fréquentes et de l'insomnie. Un mois

après son arrivée, on administre la digitaline à la dose de 2 milligrammes en pilules.

Le lendemain, le pouls, qui oscillait d'ordinaire entre 110 et 120, est tombé à 96; la sécrétion urinaire n'a pas éprouvé d'augmentation, mais il semble au malade que la gêne respiratoire a diminué, que la tête est moins pesante, moins douloureuse; il dit avoir mieux dormi que de coutume.

Le 27 avril. Pouls à 84, quatre émissions urinaires très-abondantes, peu de céphalalgie, sommeil incomparablement meilleur.

Du 27 au 30 avril, le pouls se maintient entre 84 et 104; les émissions urinaires ont augmenté de fréquence et d'abondance : le nombre s'en est élevé à huit et se maintient en moyenne à cinq ou six. Malheureusement, à cette époque, le dévoiement est devenu très-considérable et involontaire; les forces du malade sont épuisées, sa voix complétement éteinte, l'effort des muscles expirateurs ne suffit plus aux besoins de l'expectoration, et le malade succombe deux jours après, asphyxié en quelque sorte par l'obstruction toujours croissante des voies de l'air.

Emphysème pulmonaire compliqué d'une affection du cœur ; administration de la digitaline ; abaissement considérable du pouls et action très-marquée sur les urines.

Obs. XI. — Letellier (Joseph), âgé de 60 ans, est entré, le 15 février 1847, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 28. Depuis longtemps affecté de bronchite chronique, ce malade nous présente les symptômes concomitants de l'emphysème pulmonaire, dyspnée intense, effacement des clavicules, sonorité de la poitrine, râles sous-crépitants en arrière et en bas de chaque poumon, silence en avant et à droite, et comme signes de l'affection coïncidente du cœur, un bruit de souffle très-prononcé au premier temps, avec submatité de la région précordiale et petitesse du pouls, qui s'élève à 76. (2 milligrammes de digitaline en pilules.)

Le 17 février. Les effets de la digitaline se sont prononcés le soir même de la première ingestion des pilules; abaissement du pouls à 64, et quatre mictions au bout de six heures.

Le 18. Pouls à 72; six mictions pendant la nuit; moins d'oppression.

Du 19 au 28, le pouls s'est maintenu à 60 en moyenne; il est descendu plusieurs fois à 54 et n'a pas dépassé 66. Il a souvent présenté des intermittences avec intervalles assez réguliers. Le chiffre des émissions urinaires est le plus élevé que nous ayons encore obtenu. Le malade a pissé jusqu'à vingt fois dans les

vingt-quatre heures, s'il faut en croire son dire. Pour nous assurer, sinon de la fréquence des mictions, ce qui était impossible, au moins de l'abondance des urines sécrétées, nous avons placé près du malade un vase de terre d'une capacité telle, qu'il fût inutile de le vider dans l'intervalle de deux visites, et nous avons pu constater que la quantité d'urines rendues était vraiment considérable et ne s'élevait pas à moins de deux ou trois litres par jour. Il n'y avait, du reste, aucune apparence d'affection rénale.

Tant qu'on a continué l'usage de la digitaline, c'est-à-dire jusqu'au 18 mars, jour de sortie du malade, le pouls est resté dans les limites que nous avons annoncées ; les fonctions rénales n'ont pas cessé de présenter cette suractivité insolite, et le jeu des fonctions respiratoires avait repris une partie de sa liberté.

Lésion ancienne des orifices du cœur gauche ; emploi de la digitaline ; action faible sur le pouls, plus prononcé sur la sécrétion urinaire.

Obs. XII. — Balagnet (Manuel), âgé de 75 ans, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 42, le 26 mai 1847. Comme antécédents, trois attaques de rhumatisme articulaire dans sa jeunesse ; depuis la dernière, douleurs fréquentes dans les membres et dans les articulations.

État actuel : pâleur extrême et bouffissure de la face, infiltration séreuse des membres inférieurs, soulèvement des parois de la poitrine par les contractions du cœur sensibles à la vue ; matité de la région précordiale dans une grande étendue, souffle très-prolongé au second temps du cœur, rudesse et dédoublement du premier ; dyspnée avec accès de suffocation très-fréquents ; pouls assez résistant, mais peu développé, à 96 ; peu d'appétit, constipation. (2 milligrammes de digitaline en globules.)

Le 28. Pouls à 90 ; huit émissions urinaires dans les vingt-quatre heures, un peu moins d'oppression, deux heures de sommeil pendant la nuit. Même prescription.

Le 29. Pouls à 92 ; dix mictions depuis la veille. La quantité des urines rejetées a augmenté du double ; le mieux se maintient.

Du 30 mai au 8 juin, le pouls oscille entre 84 et 96 ; l'action sur les urines est toujours très-marquée ; le chiffre des mictions en vingt-quatre heures a varié de 8 à 12, et la quantité des urines a toujours été assez abondante pour exiger qu'on vide deux ou trois fois l'urinal.

A partir du 8 juin, l'hydropisie des membres inférieurs a gagné la cavité abdominale ; les parties supérieures elles-mêmes ont participé à l'infiltration ; la dyspnée est revenue plus intense, et

le malade est mort dans la journée du 19 juin, Du reste, l'autopsie nous a révélé, du côté des poumons et du cœur, des désordres au-dessus des ressources de l'art.

Les faits que nous venons de mentionner démontrent, de la manière la plus irrésistible, la valeur thérapeutique de la digitaline ; mais avant d'apprécier les avantages de ce médicament au point de vue de la pratique, disons quelques mots de ses effets physiologiques, autant que nous le permettent nos propres observations d'une part, et de l'autre celles des auteurs qui, les premiers, l'ont expérimenté.

(*La suite à un prochain numéro.*)

V. ACCOUCHEM^ts^, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 11. *Mémoire sur le traitement de l'anasarque qui survient pendant la grossesse, et de l'éclampsie qui en est la suite*; par M. Miquel (d'Amboise), D.-M.-P.

(Revue médico-chirurgicale, avril 1848.)

L'anasarque des femmes grosses n'est pas par elle-même un accident fort grave, mais elle devient inquiétante, par cela même qu'elle dispose aux convulsions. Les observations que je me propose de citer sont très-propres, je pense, à éclairer le mécanisme encore peu compris de cette hydropisie; je les crois aussi capables de jeter quelques lumières sur l'éclampsie; enfin, elles me semblent faites pour mettre sur la voie du traitement encore bien embrouillé de ces deux complications de la grossesse.

Est-il besoin de dire qu'il ne s'agit point ici du gonflement plus ou moins œdémateux de l'un ou même des deux membres abdominaux, qui ne paraît pas avoir d'autre cause qu'un obstacle mécanique au retour du sang, et qui, par conséquent, ne ressemble point autrement à l'anasarque, cette dernière ayant pour cause une altération des reins et une lésion dans leurs fonctions. Ceci bien entendu, je vais citer mes observations dans leur ordre à peu près chronologique ; ce n'est qu'ensuite que j'essayerai d'en faire découler les conséquences pratiques.

Obs. Ire. — Madame V....., de Saint-Ouen, se maria assez tard (30 ans) ; elle devint grosse presque immédiatement ; le début de la grossesse fut heureux chez cette femme, grande, bien taillée et d'apparence robuste ; l'appétit fut vif d'abord, elle y obéit ; mais, dans le courant du troisième mois, il disparut pour

faire place à des douleurs de tête, à de l'oppression ; cette dame devint pâle, bouffie peu après.

Je fis d'abord une saignée, qui soulagea peu; je ne m'enquis pas beaucoup du régime, j'y attachai alors trop peu d'importance, et je laissai madame V..... manger selon son appétit et à peu près ce qu'elle voulut ; or, comme, après chaque repas, elle était plus oppressée, elle vivait surtout de bouillon et mangeait fort peu ; c'était une faute assez grave, comme cela va se voir, et que j'avoue de bonne grâce.

Les accidents continuèrent leur marche ascendante; la bouffissure devint telle, les lèvres si bleues, la respiration si anxieuse, que je fis une deuxième saignée un mois après; elle ne fut point soulageante; la bouffissure augmenta encore, ainsi que la gêne de la respiration ; la circulation se troubla manifestement, les bruits du cœur devinrent anormaux, le coucher presque impossible; les grandes lèvres étaient énormes, l'urine très-rare, malgré et peut-être à cause des diurétiques, la digitale surtout ; à cette époque, il n'était pas question d'albumine ; j'allais faire des mouchetures, quand une fausse couche vint faire mieux que moi à cinq mois et demi.

Les suites de cet avortement furent un peu longues; mais, enfin, la malade se rétablit. Comme le cœur seul m'avait paru malade ; que je craignais de voir une nouvelle grossesse ramener les accidents, je crus devoir conseiller aux époux V. de renoncer à avoir des enfants; mais ce conseil fut mis de côté, et, deux ans après, cette dame redevint grosse ; et ce qui fut pour moi un sujet de réflexions, c'est qu'elle n'éprouva rien des accidents de la première grossesse. Deux ans après, elle eut encore une autre grossesse tout aussi heureuse que la deuxième : il faut que je m'empresse de dire qu'alors je prescrivis un régime et des moyens analogues à ceux que je proposai, avec plus de connaissance de l'art, dans les cinq grossesses qui font le sujet de l'observation suivante.

Obs. II. — Madame T....., qui demeure près d'Amboise, est une fille unique, ce qui dit presque qu'elle a toujours été une enfant très-gâtée ; sa jeunesse a été très-maladive, ce qui a été plutôt dû aux soins maternels mal-entendus qu'au défaut de constitution ; car son père et sa mère sont robustes, et elle a des os forts : ses digestions sont toujours aisées à troubler ; sa menstruation est irrégulière, très-abondante et suivie de flueurs blanches ; à cela, se joignent de petits troubles nerveux et des céphalalgies fréquentes. Elle se maria à 18 ans, devint grosse à 19 : le début de cette première grossesse ne laissa rien à désirer jusques

à 6 mois; les parents étaient heureux de voir leur fille douée alors d'un appétit qu'ils ne lui avaient jamais connu, et qui semblait leur expliquer convenablement le grand développement que prenaient ses formes habituellement si grêles.

La veille du jour des accidents que je vais raconter, j'étais chez madame T..., pour un autre malade : il était nuit, nous étions en juillet; elle me montra ce qui allait faire son souper, sans lequel, disait-elle, elle ne pouvait dormir : c'étaient quatre tartines de pain rôti, de quatre centimètres d'épaisseur sur vingt de long et assez larges, plus une grande tasse pleine de lait; je me récriai contre cette grande quantité de pain; mais on me répondit que c'était la quantité habituelle. Je n'insistai pas; car à la lumière je ne distinguais pas que cette ampleur des formes n'était point de l'embonpoint, mais de la bouffissure; le repas fut donc pris ce soir-là comme à l'ordinaire.

Le lendemain, vers 11 heures du matin, cette dame, qui s'était réveillée avec la tête lourde et dans un état d'anxiété, fut prise de nausées d'abord, puis elle vomit des mucosités; ces vomissements ne soulagèrent point la tête : la céphalalgie même augmenta beaucoup; on me fit mander, j'étais absent, et on s'était décidé à attendre mon retour, quand, sur les 3 heures, une attaque d'éclampsie survint. Elle fut très-forte; mon confrère, M. Moreau, fut appelé; il fit aussitôt une ample saignée. Vers 4 heures, au moment où j'arrivais, eut lieu une deuxième attaque, tout aussi forte que la première; la malade tomba, comme la première fois, dans le carus le plus complet : son pouls était toujours plein, les veines du cou très-gonflées, la face énorme, très-rouge; nous fîmes repartir la saignée, donnâmes quelques cuillerées d'une potion éthérée, nous appliquâmes des linges imbibés d'oxycrat sur le front, pendant qu'on mettait des sangsues aux parties internes des cuisses, et qu'on appliquait un large vésicatoire volant dans chaque aine.

Pendant que tout ceci se passait, la malade sortait par degrés de son insensibilité et reprenait connaissance; mais il se fit là ce qui s'était fait entre les deux premiers accès; à peine avait-elle donné quelques signes d'intelligence et reconnu ses proches, qu'un nouvel accès, tout aussi violent et aussi long que les deux premiers, survint; il se termina absolument de même; enfin, un quatrième, puis un cinquième suivirent, laissant entre eux les mêmes intervalles; ils étaient accompagnés et précédés des mêmes circonstances. L'accouchement n'était pas proposable, puisqu'il n'y avait aucun signe de travail; et, d'un autre côté, les

accidents ne pouvaient durer longtemps à ce degré sans devenir funestes.

Malgré le carus profond qui suivait chaque accès, et en désespoir de cause, je prescrivis des quarts de lavements laudanisés, cinq gouttes d'opium de Rousseau furent mises dans le premier.

L'accès suivant fut beaucoup plus longtemps à se produire : le laps de temps, qui s'était écoulé entre ce dernier et le précédent, avait été au moins double; cet accès aussi nous sembla moins fort et moins long que les autres. Le septième fut encore plus éloigné et plus faible; ce résultat nous encouragea à redonner de l'opium; je mis, cette fois, neuf gouttes dans les quarts de lavements. Ils ne revint pas d'autres accès : seulement, la malade resta dans le carus.

Vers minuit, M. Bretonneau nous fut adjoint : nous appliquâmes des ventouses sèches aux cuisses; elles parurent fort douloureuses; puis, enfin, nous attendîmes avec d'autant plus de patience, que les accidents semblaient se calmer. Cette jeune dame fut trois jours à reprendre son intelligence perdue; mais, une chose que je ne dois pas omettre, c'est que, depuis le commencement des convulsions jusqu'au lendemain, l'anasarque avait beaucoup augmenté; elle diminua comme le reste, sous l'influence de la diète et des autres moyens indiqués.

L'accouchement se fit huit jours après, spontanément : l'enfant était mort, et d'ailleurs chétif et hydrocéphale.

Après une grossesse aussi compromettante, les parents effrayés auraient bien désiré ne plus voir leur fille redevenir enceinte; mais madame T..... a fait comme Ève; car, depuis, elle est devenue mère cinq fois, et elle n'a pas trente-trois ans.

Je parlerai *in globo* des quatre grossesses qui suivirent cette première; car, à très-peu de chose près, les événements furent les mêmes. A trois mois, l'anasarque s'est montrée sans que la saignée ait paru entraver en rien sa marche. Ce qui a toujours paru évidemment la faire diminuer, c'est un régime doux, sévère même; car les viandes blanches étaient les seules qui fussent permises, quand l'estomac désirait quelque chose de plus que des végétaux et du lait; enfin, l'usage presque continuel des sels alcalins, magnésie, bi-carbonate de soude ou de potasse. Dans ces quatre grossesses, il m'est arrivé tant de fois de constater l'accroissement de la bouffissure après chaque infraction, qu'il ne m'est pas possible de douter de l'influence du régime sur cette complication : dans ces quatre accouchements, les enfants sont venus à terme et très-beaux malgré l'alimentation exiguë.

Il n'en fut pas de même à la sixième grossesse : cette dame, habituée à ne plus s'effrayer des débuts de l'anasarque, dissimula soigneusement son état, s'en alla aux bains de mer, où elle désirait beaucoup passer une saison, et là elle bouffit et se laissa enfler tout patiemment jusqu'à six mois et demi ; quand je la vis, le gonflement avait pris autant de développement que la veille du jour où les accès d'éclampsie avaient éclaté. Je lui conseillai les moyens qui avaient réussi dans ses quatre dernières grossesses ; mais alors, soit que l'état d'anasarque fut trop avancé, soit parce que cette malade fut fatiguée par le besoin de vaquer à des soins de vendanges et à la surveillance d'ouvriers maçons, menuisiers, etc., ils ne réussirent point aussi complétement ; leur administration trop longtemps continuée et l'augmentation des doses semblaient rendre l'estomac plus intolérant. L'urine toujours rare était couleur chocolat foncé tous les matins ; elle n'était point de la même couleur le soir, seulement elle était un peu nuageuse ; or, comme cette malade n'urinait que deux fois le jour, que l'urine du matin était celle de toute la nuit, c'étaient donc les écarts du jour qui occasionnaient la présence de ce peu de sang. Je dus l'attribuer à une petite course en voiture faite tous les jours : dès ce moment, je forçai madame T..... à rester au lit, et, dès le surlendemain, l'urine reprit sa couleur normale, cessa d'être un peu trouble et devint plus abondante ; mais soumise au feu, elle se coagulait plus que du lait ; son coagulum était un peu sale. Sous l'influence de ce repos et d'une alimentation très-exiguë, la bouffissure diminua notablement : cette diminution n'était pas constante, car il y eut de temps en temps reprise ; mais il me fut toujours possible de constater que chacune d'elles suivait de près une infraction au régime prescrit, telle qu'un repas plus copieux ou l'usage d'une plus grande quantité de viande, et, pour contr'épreuve, à chaque fois, l'estomac devenait incapable de rien recevoir sans douleur à l'épigastre, avec trouble de la vue, céphalalgie, etc. Une fois, entre autres, après un dîner fait exclusivement de viande et de marrons, madame T... fut prise, dans la nuit, d'oppression et d'angoisses : le lendemain, à son réveil, elle éprouva des nausées, du mal de tête d'abord, puis des vomissements, du trouble de la vue, puis, à la fin du jour, de la diarrhée ; l'anasarque, le soir de ce même jour, augmenta beaucoup : je fis une saignée, le sang en était couenneux et contenait beaucoup de sérum ; elle ne fut pas soulageante ; tous les témoins des accidents de la première grossesse crurent fermement, ce jour-là, à leur retour.

Sous l'influence du repos et de la diète la plus complète, dès

le lendemain, les accidents parurent avoir décliné ; la frayeur me seconda merveilleusement ; je fus mieux écouté et, enfin, l'accouchement se fit à 8 mois 1/2 : l'enfant pesait à peine 1 kilo ; le ventre contenait dans ce moment au moins 5 litres de liquide. Deux jours après, je soumis l'urine à l'action du feu ; elle n'était plus albumineuse ; le troisième jour, celui de la fièvre de lait, la sécrétion de l'urine fut remarquablement plus abondante ; enfin, 8 à 9 jours après, l'anasarque avait complétement disparu.

Obs. III. — Madame B..., sabotière à Vernon, âgée de 30 ans, qui avait déjà eu 2 enfants, était grosse de 8 mois et anasarquée considérablement, quand elle me fit appeler en juillet 1846. J'arrivai chez elle le samedi à midi : le ventre était très-développé, la malade se plaignait beaucoup de la tête ; on l'avait saignée sans l'avoir soulagée.

Je prescrivis des boissons contenant du bi-carbonate de soude ; je défendis absolument les aliments gras, qu'on lui avait conseillés ; je prédis même que, si leur emploi n'était pas cessé, des convulsions pourraient survenir ; le mari, auquel je faisais part de ces craintes, m'avoua qu'il venait à l'instant même, de donner un potage fait avec un consommé au bœuf.

Trois heures après ma visite, des vomissements survinrent, suivis de convulsions qui ne cessaient que pour redoubler. Le médecin voisin, auquel on recourut, crut qu'il ne s'agissait que d'accidents hystériques, fit une potion antispasmodique et s'en fut. A minuit, quand M. le docteur Lagarde et moi arrivâmes, nous trouvâmes le travail de l'accouchement commencé ; nous le terminâmes promptement : il était double, et comme les convulsions, au milieu desquelles nous opérâmes, ne cessaient point après la délivrance, nous mîmes deux larges vésicatoires volants dans les aines ; nous fîmes donner, à 4 heures l'un de l'autre, 2 quarts de lavement contenant chacun 8 gouttes d'opium de Rousseau ; puis de temps en temps une cuillerée d'une potion de Rivière avec double dose de bi-carbonate, et préparée de façon que le mélange du sel et de l'acide ne fut fait qu'au moment de l'ingestion ; il fut convenu aussi qu'on ferait des applications d'oxycrat froid sur le front.

A ma visite du lendemain, j'appris que les convulsions n'avaient cessé qu'après le deuxième lavement : cette jeune femme était dans le délire le plus complet ; les vésicatoires avaient été levés 5 heures après leur application ; ils avaient bien pris, et avaient été pansés sans enlever l'épiderme ; il fut convenu qu'on les panserait soigneusement et souvent, que l'on continuerait la

potion effervescente et les boissons théiformes, et qu'on ne donnerait rien autre chose.

Les accidents diminuèrent rapidement; mais ce ne fut que le cinquième jour que l'intelligence revint; elle fut assez longtemps à se rétablir complétement; mais ensuite la convalescence ne fut entravée que par des fièvres intermittentes, auxquelles on opposa le sulfate de quinine.

De ces faits, quoique peu nombreux, il est néanmoins possible de tirer des conclusions importantes pour la pratique; ainsi, il me semble démontré par eux : 1° que, dans l'anasarque de la grossesse, il y a albuminurie, ce qui, sans doute, a déjà été démontré par d'autres; que, par conséquent, cette hydropysie n'est point le fait d'un obstacle mécanique, ce qui se trouve surabondamment démontré par l'apparition de l'anasarque dès la fin du troisième mois, époque où, très-certainement, la matrice ne peut avoir acquis assez de développement pour gêner la circulation ; l'anasarque est donc due à une maladie des reins;

2° Que les diurétiques et tous les excitants des voies urinaires sont pour le moins inutiles dans cette maladie;

3° Que les saignées sont loin de mériter une grande confiance ; qu'il n'est possible d'y compter et de les employer que comme un auxiliaire, à moins qu'il n'y ait d'autres indices d'une congestion;

4° Ils prouvent que l'agent le plus actif, soit comme agent producteur de cette complication, soit comme agent curatif, c'est l'alimentation; que, par la diète absolue ou végétale, on possède le plus puissant moyen de faire cesser, et même de prévenir l'anasarque des femmes grosses et ses conséquences; que, par contre, le régime très-animalisé, ou même tout autre qui trouble les digestions, et, par conséquent, rend l'urine plus irritante qu'elle ne l'est dans l'état normal, les provoque et les augmente d'une façon très-digne de remarque ;

5° Quand les convulsions ont lieu, soit que, selon le précepte de tous les bons accoucheurs, l'accouchement soit fait si les conditions voulues se sont présentées, soit qu'il n'ait pu l'être ; il résulte encore de ces observations la preuve que l'opium en lavement, ce moyen si héroïque dans d'autres accidents de la grossesse, peut être très-utile, quoique l'engorgement cérébral, qui accompagne et suit toujours les accès d'éclampsie, semble s'opposer à son emploi;

6° On doit, je pense, tirer la même conclusion pour les très-larges vésicatoires volants, appliqués dans les aines, qui, pour le dire en passant, m'ont toujours paru d'une efficacité incontes-

table dans tous les cas de lésion phlegmasique de l'utérus et de ses annexes avec ou sans grossesse ;

7° Enfin, ces faits démontrent que ce serait bien à tort que l'on craindrait l'influence des vésicatoires sur les voies urinaires. Un peu plus loin, j'essayerai de nouveau de démontrer pourquoi ce moyen héroïque a si souvent, en d'autres mains, une action fâcheuse sur cet appareil tout entier.

Ces deux médications, les quarts de lavements opiacés et les vésicatoires volants dans les aines, auront-elles la même efficacité dans les cas où l'éclampsie survient avant l'accouchement, et où il n'y a pas complication d'anasarque ? Je le crois très-fermement ; mais je ne puis l'assurer, car tous ceux que j'ai observés n'ont jamais eu lieu sans que le travail se soit prononcé et que l'accouchement ait eu lieu ; chez tous, les accidents convulsifs ont cessé après le travail. Je n'ai vu mourir qu'une malade ; c'était une belle jeune femme, qu'un soi-disant accoucheur avait effrontément assistée pendant 24 heures de convulsions, prétendant que chaque accès était un bien, et que le travail avançait : elle mourut avant d'être délivrée.

Quant aux cas où l'éclampsie survient après l'accouchement, le même traitement paraît devoir être aussi fructueux, si j'en crois les deux observations suivantes.

Obs. IV. — Il y a déjà bon nombre d'années que je fus appelé à Chaunay, chez le sieur Polé (Jean), maçon, pour sa femme qui, après avoir été longtemps sans avoir d'enfant, venait enfin de devenir mère : peu après son accouchement, qui avait été d'abord facile et aussi heureux que sa grossesse, cette femme était tombée en convulsions ; elles duraient depuis 10 heures ; son chirurgien avait donné une potion calmante, qui avait été comme non avenue, puisque la malade ne pouvait avaler, et avait mis des cataplasmes sinapisés.

C'était une femme de taille moyenne, brune, fortement musclée, peu impressionnable ; son visage était rouge, turgescent ; ses yeux fixes, renversés ; la sensibilité n'était pas anéantie ; mais, du reste, la torpeur était la plus complète dans l'intervalle des accès qui étaient fréquents ; son pouls était plein, son corps était en sueur, ce qui pouvait bien être dû aux efforts que la malade faisait pour se débarrasser des entraves que les assistants, groupés autour du lit, mettaient à ses secousses et à ses contorsions.

Je fis d'abord une ample saignée, que je fis rouvrir quelques heures après avec recommandation de ne tirer cette fois que 200 grammes de sang ; je fis appliquer sur le front des linges

imbibés d'oxycrat froid, qu'on renouvela souvent, pendant que deux longs vésicatoires volants étaient mis dans les aines, avec la recommandation de les enlever 4 heures 1/2 après, et même plus tôt si la malade venait à donner des signes de douleur de ce côté. Ils furent ôtés 5 heures après : on se contenta de piquer les ampoules à chaque pansement et à mesure qu'elles se faisaient ; on eut soin de renouveler souvent ces pansements et de respecter l'épiderme.

Le lendemain, j'appris que les convulsions avaient cessé dans la nuit, c'est-à-dire 3 ou 4 heures après l'effet des vésicatoires ; le pouls était moins plein, peu fréquent ; le carus était fort, la face était beaucoup moins rouge et gonflée que la veille ; on continua les boissons théiformes et la diète.

Le lendemain, troisième jour, les idées de la malade n'étaient pas encore très-lucides, elle avait encore l'air hébété ; mais, enfin, elle était manifestement mieux ; l'écoulement lochial était assez abondant. Dès ce moment, je l'abandonnai à son médecin ordinaire. Je sus que non-seulement le mieux s'était maintenu, mais encore qu'il avait été en croissant rapidement.

Obs. V. — Il y a quelques mois, M. le docteur Lagarde me réunit à lui pour une de ses malades, madame Ch. B....., d'Amboise : c'est une femme de 36 ans environ, courte, pléthorique, qui a été 14 ans sans avoir d'enfants ; sa grossesse avait été heureuse, l'accouchement était fait à terme : quelques heures après la délivrance, cette malade éprouva une petite contrariété ; peu après, survinrent des convulsions d'abord légères, qui allèrent en augmentant de force et de fréquence ; enfin, successivement, la perte de connaissance devint complète.

D'abord, elle fut mise à la diète, à l'usage des boissons théiformes, d'une potion opiacée et éthérée, puis saignée deux fois.

Sous l'influence de cette médication, ses accès ne furent ni moins fréquents ni moins forts ; le deuxième jour, on mit des sangsues aux cuisses sans plus de succès ; car le cerveau semblait se prendre de plus en plus.

Nous convînmes, en conséquence, de mettre un large vésicatoire dans chaque aine, de faire donner des quarts de lavements contenant chacun 8 gouttes d'opium de Rousseau, et de faire faire des injections vaginales, émollientes, opiacées et camphrées.

Dès le lendemain de cette médication, les accidents convulsifs avaient cessé. Je crois ne pas devoir détailler plus longuement ce fait, dont le reste ne peut rien apprendre sur le sujet que je traite ici.

La manière dont l'anasarque des femmes grosses, et l'éclampsie, qui en est souvent la suite, se produisent, a l'analogie la plus remarquable avec l'anasarque scarlatineuse et les convulsions qui l'accompagnent si souvent. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir, comme dans l'éclampsie, les accidents précéder l'anasarque, si la cause a été forte; tandis que, dans les deux cas, si la cause est moins puissante, c'est toujours l'anasarque qui précède : ce rapprochement a été cause que je me suis demandé si on se rendait bien compte comment ces accidents se déroulaient, et si l'on avait attribué aux reins toute l'influence qu'ils ont sur ces deux maladies, en apparence si disparates, au moins pour la cause. Le fait suivant, tout étranger qu'il paraisse être au sujet, me semble fait pour démontrer l'influence des organes sécréteurs de l'urine sur la production de certains accidents convulsifs; je ne parle pas de l'anasarque, sur la production de laquelle il n'y a pas, je crois, de controverse.

Obs. VI. — Une femme d'Amboise, nommée Vivie, maigre, brune, de 48 à 50 ans, devint anasarquée sans cause bien appréciable; elle éprouva, dit-on, de l'étouffement et des palpitations; son médecin lui donna des diurétiques et surtout de la digitale; il lui fit perdre du sang : ce ne fut que très-lentement que la santé de cette malheureuse devint un peu meilleure ; l'anasarque disparui enfin.

Elle était donc valétudinaire depuis plusieurs mois, quand on vint me prier de la faire admettre d'urgence à l'hôpital, parce qu'elle avait une violente colique, ce que je fis de confiance.

Aussitôt entrée à l'hôpital, elle fut prise de convulsions avec perte absolue de connaissance, sans résolution ni contracture persistante des membres, quand les accès étaient passés.

On fit appeler, en mon absence, mon collègue M. Pelletier, le médecin ordinaire de cette femme, qui lui ordonna une potion laudanisée et éthérée.

Le soir, à ma visite, c'est-à-dire 8 heures après son entrée, je la trouvai ayant les yeux fixes et renversés, les pupilles contractées; les accès se répétaient à de courts intervalles, l'insensibilité était complète, le pouls était fréquent, plein sans être dur ; les voisines ajoutèrent aux renseignements que je viens de rappeler, que cette femme ne voyait plus depuis 6 ans ; que, cependant, il y avait quelques mois qu'elle avait encore vu en rouge, mais peu et une seule fois.

Des applications froides sur le front, des sinapismes aux jambes, une saignée qui me donna du sang couenneux, furent sans succès; elle mourut dans la nuit.

La nécropsie, faite avec le plus grand soin par M Lagarde et moi, nous démontra que tout le contenu du crâne était dans l'état le plus normal possible : le cœur, les poumons, les voies digestives étaient de même. Enfin, malgré le soin que nous avions pris de tout examiner soigneusement, nous allions croire à une mort sans lésions appréciables, quand nous trouvâmes la vessie pleine et distendue ; les uretères du volume d'un intestin grêle, minces et transparents comme la vessie ; l'urine qu'ils contenaient était peu colorée, les bassins et les calices des reins étaient développés comme des kystes; la substance corticale et mamelonnée, comme atrophiée et amincie, formait une partie de ces deux sacs pleins d'urine ; chaque rein était gros comme une forte vessie pleine; celle de cette femme avait plus de trois fois le volume normal.

Cette malade avait toujours uriné, il n'y avait donc pas eu, à proprement parler, rétention d'urine; seulement le col de la vessie était comprimé partiellement par l'utérus, qui était entièrement dégénéré en un squirrhe ligneux, et qui était gros comme une forte poire. Il n'est guère possible, avec une absence aussi complète de lésion dans tous les autres viscères, de supposer une autre cause aux convulsions et à la mort de cette femme, que les désordres trouvés dans les voies urinaires.

Venir vanter l'emploi des vésicatoires volants très-larges dans l'éclampsie, essayer en même temps de prouver que cette grave maladie est très-souvent sous l'influence des reins malades, choisir pour cela le moment où des observateurs essayent à l'envie de rappeler l'attention sur l'effet irritant que les vésicatoires ont sur les voies urinaires, serait quelque chose d'illogique, si je n'avais pas déjà démontré, au mois de juillet dernier, dans *la Lancette* combien il est facile de prévenir la cystite et la néphrite cantharidienne, en ayant soin d'enlever l'emplâtre dès que le vésicatoire commence. Cette observation importante, dont tout l'honneur revient de droit à M. Bretenneau, paraît, même encore aujourd'hui, si complétement ignorée, voire même de MM. Bouillaud et Morel-Lavallée, que je vais, au risque d'être long, citer le fait suivant, pour convaincre les plus incrédules.

Le plus jeune fils de M. Vernon, boulanger à Saint-Martin-le-Beau, enfant de 9 ans, blond, grêle, mais très-vif et bien portant, reçut un coup de pied dans le ventre, donné par l'un de ses camarades d'école : la douleur fut si forte qu'il tomba sur le coup, et se roula sur l'herbe pendant plusieurs heures.

Deux mois et demi après, les parents ignoraient cette circon-

stance, quand ils m'adjoignirent à M. le docteur Pallent, pour coopérer au traitement d'une péritonite partielle du côté gauche ; la fluctuation était sourde, mais manifeste ; cet enfant était maigre, avait la peau sèche, de la diarrhée ; son urine était rare et tachait le pot. Le régime adoucissant, des sangsues avaient été sans succès apparent : il fut convenu qu'on ajouterait à ces moyens des vésicatoires volants assez larges, qu'on les mettrait sur le siége du mal un à un, chaque fois que le dernier mis serait guéri ; mais qu'on ne les mettrait point sur la place déjà ampoulée. Trois furent mis en 15 jours. Ils étaient larges à peu près comme le creux de la main. Ils furent mis avec un papier Joseph bien huilé et lavé ; vingt minutes après la première cuisson ressentie, on les ôta ; l'épiderme fut soigneusement ménagé, et l'on se contenta de piquer les ampoules à mesure qu'elles se faisaient pour laisser écouler la sérosité.

L'effet de cette médication fut prompt. Trois jours après l'application du dernier vésicatoire, je fus rappelé, parce que le prépuce avait été atteint par des cantharides, et était tuméfié ; mais l'enfant n'ayant éprouvé aucune cuisson en urinant, je reconnus promptement la cause de cet accident ; je le fis uriner devant nous et en présence de mon confrère ; cette urine très-limpide fut soumise à une ébullition de dix minutes au moins, sans qu'elle se soit troublée le moins du monde.

Cette petite démonstration, toute accessoire, ne sera point à regretter ici, si elle peut familiariser les praticiens avec un moyen si héroïque quand il est bien manié, mais souvent nuisible quand on ne prend pas les précautions voulues.

---

12. *Recherches sur la cause excitante de la parturition* ; par M. Syler-Smith, de Londres.

(L'Union médicale, Nos 59 et 60.)

Le système nerveux réflexe a une influence si marquée sur les contractions de l'utérus pendant la parturition, qu'on peut sans crainte affirmer que c'est dans ce système que réside la cause première de l'avénement du travail au bout des 280 jours qui amènent le terme naturel de la grossesse. Je me livrai, en 1842, à des études spéciales sur l'action réflexe qui règle l'acte parturiant, et quand je voulus déterminer la cause des contraction préliminaires de l'utérus, je fus arrêté par des obstacles qui semblaient insurmontables. Avicenne se contente de s'écrier que le travail commence à l'époque prescrite par la volonté de Dieu ; et un auteur moderne, M. Carpenter, nous apprend, dans son excellent ouvrage sur la physiologie, « qu'on ne sait rien de

positif au sujet de la périodicité de la parturition, et que, nonobstant les hypothèses diverses qui ont été posées, on était bien loin d'avoir résolu la question. »

Pour dévoiler ce mystère, je m'efforçai d'abord de rechercher la cause du premier phénomène motile du travail, savoir, les contractions égales et continues qui précèdent le travail proprement dit. Je m'arrêtai d'abord à la pensée que ce prodrome contractile dépendait de l'irritabilité musculaire de l'organe, et que le fœtus excitait cette irritabilité en agissant après développement complet, à la manière d'un corps étranger. Mais je me convainquis bientôt de l'insuffisance de cette explication, et comme la plupart des fonctions égestives de l'économie aussi bien que certains mouvements parturiants, sont de nature réflexe, c'est dans ce système que je cherchai la cause excitante des actes réflexes et moteurs de la parturition. Les contractions utérines qui, dans les conceptions extra-utérines, se font au terme de la grossesse, même quand le fœtus est soudé aux parois abdominales, montrent suffisamment que la cause du travail ne peut dépendre en aucune manière d'une action réciproque entre le fœtus et le canal qui lui donne passage.

C'est en réfléchissant sur le fait que la gestation naturelle est toujours exactement multiple des périodes menstruelles, et que l'avortement a toujours lieu à une époque qui, sans la conception, eût été marquée par la menstruation, que je vins à me demander si la cause excitable du travail ne serait pas tout entière dans l'*ovaire*. Je me suis efforcé depuis à faire une collection de faits et d'observations relatives à ce sujet, et je crois être arrivé à la solution du problème ; de plus, j'ai suivi avec soin la relation qui existe dans le règne animal, entre l'excitation ovarique et les différentes phases de la parturition. Voyons maintenant si j'ai réussi à découvrir la théorie véritable des phénomènes parturiants, ou, pour parler plus exactement, de l'ovi-expulsion.

A l'époque de la parturition, il se manifeste dans l'utérus une tendance à la contraction, quand cet organe est soumis à certains stimulants que je considérerai par la suite; outre cette tendance, il y a encore des mouvements utérins qui résultent de la stimulation du fœtus et d'autres stimulants accidentels ; il s'agit d'abord de s'assurer de la cause de cette tendance première après le calme parfait que manifeste l'utérus pendant la gestation.

La question importante, c'est de déterminer le mobile des arcs excito-moteurs qui président aux phénomènes qui nous occupent. Voyons comment s'effectue l'acte parturiant dans l'échelle

du règne animal, en remontant de cette considération à la femme elle-même.

Prenons d'abord la grenouille, cet être si utile au physiologiste. Le mâle, par exemple (car il faut observer les deux sexes), éprouve un changement d'innervation très-remarquable à la fin de l'hiver ou au commencement du printemps ; ce changement est dû, comme l'on sait, au développement que prennent alors les testicules : les muscles de l'extrémité antérieure acquièrent une vigueur inaccoutumée, ils ne répondent plus à la volonté, et les deux bras se croisent fermement sur la poitrine. Cette contraction involontaire a lieu, que l'animal soit isolé, qu'il étreigne la femelle ou tout autre objet. Il est inutile que j'ajoute que cette contraction, presque tétanoïde, continue pendant tout le temps que les testicules mettent à se développer. Tout le corps de l'animal est sujet à une irritabilité et à une excitabilité faciles à provoquer, et la stimulation amène toujours une augmentation de la rigidité des bras. Cette étreinte prolongée de la femelle, effectuée par une force excito-motrice sert évidemment à fixer la femelle pendant le transit prolongé des œufs le long du canal ovaire et l'ovi-position ; ces deux actes durent ensemble plusieurs semaines. Les extrémités antérieures de la femelle prennent aussi du développement dans cette même période ; mais au lieu d'éprouver de la contraction, c'est l'extension qui a lieu. Cette rigidité sert sans doute à résister au poids du mâle et à maintenir le cou de la femelle à fleur d'eau. Ces phénomènes de la motilité sont tout à fait involontaires, de tout point altérés par la division de la moelle épinière cervicale. On voit combien ce mélange de force volontaire et réflexe est nécessaire, car il serait impossible à la volonté de continuer une position et une contractien aussi fatigantes. Les choses se passent de même pour le crapaud ; les œufs cependant sont fécondés par le mâle au moment de l'expulsion.

Nous voyons donc que c'est le développement des testicules et des ovaires qui donne lieu aux phénomènes naturels qui contribuent à l'ovi-position. La contraction dont j'ai parlé disparaît aussitôt que ces organes commencent à diminuer, ce qui a lieu vers l'été, et elle se renouvelle au printemps. Qu'on note bien que cette rigidité ne se manifeste point là où les testicules ou les ovaires manquent. Il est donc prouvé que l'excitation de l'ovaire produit une forte contraction involontaire de certains muscles, et, de plus, qu'elle augmente la sensibilité de l'appareil de la reproduction. Le dernier de ces faits est celui sur lequel je m'appuie le plus pour expliquer les phénomènes de la parturi-

tion humaine. Dans un travail précédent, j'ai attiré l'attention sur la manière vigoureuse dont l'extrémité de la trompe de Fallope saisit l'ovaire pendant la menstruation ; je montrai alors l'analogie qui existe entre l'action de la trompe pendant la menstruation (qui n'est autre chose que l'ovi-position chez la femme) et la contraction de l'avant-bras de la grenouille ; j'ajoutai aussi que, pendant la menstruation et l'œstruation chez les mammifères, les trompes sont constamment dans un état rigide de contraction, et que ces organes semblent alors subir une influence nerveuse réflexe. On ne peut s'empêcher de remarquer, par les faits que j'ai cités plus haut, que ces idées reposent sur des vérités incontestables.

On pourrait donc conclure qu'à l'époque de la parturition, chez les mammifères, l'utérus et le système nerveux utérin sont excités par les ovaires, et, de plus, que c'est l'excitation ovarique qui produit non seulement la contraction permanente de l'utérus qui précède le travail, mais encore la tendance à une action péristaltique et réflexe, par l'effet de laquelle la délivrance s'effectue. Dans la menstruation, un arc synergique et réflexe se décrit entre l'ovaire et la trompe ; dans la parturition, cet arc est plus étendu ; il existe entre l'ovaire et l'utérus. Qu'on remarque que, pendant la gestation, l'excitation ovarique se répète légèrement à chaque époque menstruelle ; mais à la onzième période qui suit la conception (en comptant le dernier flux cataménial comme la première période), l'excitation ovarique reprend toute sa vigueur, et, partant, l'excitabilité de l'utérus s'établit et le travail commence.

Il est temps d'entrer dans des détails plus circonstanciés touchant la connexion qui existe entre l'excitation ovarique et l'action motrice de la parturition. Dans les animaux où le système génital féminin est le plus simple, l'ovaire est une lamelle sans conduit, les œufs en tombent directement à l'extérieur, où ils reçoivent la fécondation du mâle ; ici, l'excitation ovarique, les désirs sexuels et l'action parturiante s'effectuent en même temps ; c'est, à vrai dire, un acte unique dont l'excitation ovarique est la partie essentielle.

En remontant un peu plus haut dans l'échelle des êtres, on trouve que la ponte et le coït deviennent distincts et la parturition plus compliquée, en ce qu'elle commence à se subdiviser en différentes périodes. Cependant c'est toujours l'excitation de l'ovaire qui préside à tous ces actes, qui, de prime-abord semblent indépendants les uns des autres. Ceci se voit chez les poissons ovipares. L'ovi-position de la salamandre offre beaucoup

d'intérêt, surtout en ce qui regarde le mouvement violent de l'extrémité dorsale qui précède l'éjaculation ; il est évident que ce coup, dont dépend la fécondation des œufs, est un acte réflexe indépendant de la volonté ; d'autant plus que la queue et la frange dorsale prennent beaucoup de développement à l'époque des rapports sexuels.

Comme exemple d'insecte, prenons le ver à soie. Les poëtes comparent ce ver enveloppé de son cocon à une sépulture ; pour le physiologiste, ce phénomène est une image de la vie, ce cocon est analogue au nid de l'oiseau et à l'utérus des mammifères. C'est un désir sexuel qui pousse la chrysalide à briser l'espèce de nid ou de cavité utérine qu'il s'était formée ; il s'élance vers le coït; le contact dure des heures entières, et l'ovi-position commence au moment même où le mâle se retire. On voit donc que c'est l'excitation ovarique et sexuelle qui brise le cocon et qui amène et le coït et la ponte.

Chez les oiseaux, la relation entre l'excitation sexuelle et ovarique et l'ovi-position est également apparente. Harvey a comparé le nid de l'oiseau à l'utérus, et il fait observer une circonstance qui lui semble inexplicable, savoir, que le coq recherche immédiatement la poule qui vient de pondre. Le chant du coq est évidemment une manifestation sexuelle, et l'on sait que les poules pondent souvent pendant la nuit, excitées par les cris du mâle. Ce que je désire faire ressortir principalement et ce qui démontre si bien l'analogie qu'il y a entre l'excitation sexuelle et l'excitation parturiante, c'est que l'époque qui semble être la plus commune pour le coït chez les oiseaux de basse-cour, c'est immédiatement après la parturition. Qu'on remarque, en outre, l'analogie frappante que l'on voit sans peine entre la sécrétion de la coquille de l'œuf chez les oiseaux et la sécrétion menstruelle.

Passons maintenant aux mammifères : ici nous retrouvons les mêmes phénomènes se groupant de la manière la plus significative. Dans quelques animaux de cette classe, l'œstruation (la ponte), la parturition et le coït s'effectuent presque en même temps. Le cochon d'Inde, par exemple, a à peine mis bas que le mâle s'approche, la conception a lieu, et une nouvelle gestation commence, qui date exactement de l'époque parturiante. On voit donc qu'ici l'œstruation et l'ovulation marchent dans l'ovaire pendant que la parturition occupe l'utérus et qu'immédiatement après avoir mis bas les désirs sexuels se développent ; ceci se remarque plus ou moins chez tous les mammifères. La gestation est non seulement multiple d'une période œstruelle, mais bien

plus l'époque de la parturition est incontestablement une période œstruelle, de même que la gestation. La présence de désirs sexuels ou de la chaleur (ou de l'œstruation pour se servir d'un mot grec) dans les animaux parturiants a été désignée par Harvey, cependant on n'avait jusqu'ici tiré aucune utilité physiologique de ces faits.

Examinons maintenant la parturition de la femme en suivant le fil des observations précédentes. On sait que la durée de la grossesse est multiple des périodes menstruelles. On a remarqué, en outre, que, dans les cas très-rares où la durée de la grossesse excède les dix périodes menstruelles, les fonctions parturiantes sont, en quelque sorte, remises à la période subséquente, de manière à prolonger la grossesse à onze périodes inclusivement. Ceci est important en médecine légale.

D'un autre côté, il est prouvé que, lorsque la gestation a un terme prématuré, l'avortement a toujours lieu à une époque qui, sans cet accident, eût constitué une règle. Le fait est qu'il y a dans toutes les femmes une certaine tendance à l'avortement à l'époque menstruelle, et c'est aussi à cette époque que paraissent les hémorrhagies dans les présentations placentaires. Il n'est pas rare de voir dans les derniers mois se manifester des hémorrhagies abondantes à la période cataméniale, sans que les intervalles soient marqués par aucune perte. On ne peut s'empêcher de remarquer que la source de l'excitation qui amène le terme de la gestation doit être extra-utérine, puisque l'utérus se contracte lorsque le fœtus s'est développé dans la trompe ou dans l'ovaire. Il est aussi fort bien connu que la conception est très-fréquente immédiatement après un avortement; et il y a beaucoup de tendance à la conception et à l'avortement pendant l'époque climatérique de la menstruation, où les ovaires sont dans un état d'excitation irrégulière.

Je crois que cette masse de faits suffira pour faire reconnaître l'influence des ovaires et des fonctions ovariques sur la gestation et la parturition. Mais pour compléter l'enchaînement des analogies, il convient de rechercher si les désirs sexuels, qui accompagnent l'exaltation de l'irritabilité ovarique chez les animaux, existent aussi chez la femme dans les mêmes circonstances. Ils sont plus faibles, il est vrai, mais on ne peut douter qu'ils n'existent.

D'abord chacun sait qu'il y a augmentation de l'émotion sexuelle pendant ou immédiatement après la période menstruelle, et je suis persuadé qu'il en existe aussi des traces au moment de la parturition. Ceci n'a pas toujours lieu, mais les faits observés

n'en restent pas moins. Je tiens des obstétriciens les plus honorables que les désirs sexuels sont parfois évidents, soit pendant, soit après l'accouchement même, et qu'ils sont en quelques circonstances fort violents. On sait d'ailleurs que des cas pareils ont produit la fureur utérine après la parturition ; il n'est pas rare de voir la démence puerpérale prendre cette forme. Néanmoins, ceci n'a pas lieu dans les accouchements ordinaires; et le sentimnt de la moralité a toujours le dessus ; c'est le sentiment de la maternité qui étouffe à la naissance de l'enfant toute autre propension. Je pense, pour ma part, que c'est la souffrance chez la femme qui entrave le développement des désirs sexuels qui se manifestent chez les animaux; aussi peut-on dire ici plus qu'ailleurs qu'il existe une certaine moralité dans la douleur. On voit que je suis anti-anesthénésique en ce qui regarde l'enfantement. J'ai fait voir, il y a quelque temps, que la vapeur de l'éther, chez les femmes parturiantes, produit l'orgasme sexuel en remplacement des douleurs que la nature leur a imposées; je demande si cette substitution convient à des femmes honnêtes ? Les vapeurs anesthénisantes transforment les rites de Lucine en orgies aphrodisiennes. Quoi qu'il en soit de cette question, il n'en est pas moins vrai que l'administration de l'éther et du chloroforme a jeté une plus forte lumière sur le fait de l'irritation ovarique *durant le travail, et de certaines traces d'excitation sexuelle*, de manière que les phénomènes de la parturition humaine font plutôt confirmation qu'exception à la loi générale qui semble attacher un stimulus sexuel et ovarique à l'expulsion de l'œuf.

Mais, outre ces faits, il en est d'autres qu'il convient de rapporter, savoir : que la parturition n'est pas seulement un acte qui, dans d'autres circonstances, eût été un flux menstruel, mais que la parturition est *essentiellement une menstrue*. Il y a longtemps que j'enseigne cette doctrine. Le fluide sanguinolent, qui annonce l'approche du travail, provient, selon l'opinion générale, de la lacération de certains vaisseaux hypothétiques du museau de tanche; je dis hypothétique, car personne ne les a vus. Cette idée est erronée : l'explication pure et simple de ce phénomène, c'est que le tampon qui, dans les derniers mois de la grossesse, remplit le museau, se détache vers l'époque où le travail est sur le point de commencer et s'échappe par le vagin. Cette matière mucoïde est teinte de sang, et les femmes s'accordent à dire que ce phénomène ressemble parfaitement au début d'une période menstruelle, et elles s'aperçoivent de l'approche du travail par les mêmes signes qui annoncent le retour du flux menstruel après l'aménorrhée. J'ai la conviction que ces prodromes de la partu-

rition sont le résultat d'une véritable sécrétion, et non pas seulement l'effet d'un déplacement du tampon mucoïde. Le fluide muco-sanguinolent coule souvent pendant toute la durée de l'acte parturiant, comme ferait la sécrétion menstruelle, en faisant la part de l'obstruction qu'offre le fœtus en bouchant presque entièrement le museau de tanche. Après la délivrance, il est urgent de considérer l'utérus sous deux points de vue différents : nous avons à étudier dans la surface interne la portion de laquelle le placenta vient de se détacher, et ensuite l'état du reste des parois. Au moment de cette séparation du placenta, le sang s'échappe en quantité considérable ; mais bientôt les contractions de l'organe arrêtent ces pertes, et la paroi d'où le placenta a été enlevé ressemble, comme dit fort bien M. Cruveilhier, à une blessure récente. Le reste de la surface interne de l'utérus sécrète pendant quelques jours les lochies.

J'ai eu occasion d'examiner les parois intérieures de cet organe peu de temps après la délivrance. Toute la surface interne était couverte d'une sécrétion sanguine. Comment ceci pourrait-il avoir lieu, si ce n'était qu'une plaque circonscrite qui sécrétât le sang ? On doit se rappeler, en outre, que la surface qu'occupait le placenta est de beaucoup diminuée par les contractions de l'organe. Les lochies conservent un aspect sanguinolent juste autant de jours que continue ordinairement la menstruation, et je crois fermement que les premières ne diffèrent de celle-ci que par le sang fourni par le déplacement du placenta.

On avouera que c'est parce que l'attention est toujours restée fixée sur les vaisseaux lacérés par l'éloignement du placenta qu'on a jusqu'ici méconnu la nature intime des lochies, et l'on se convaincra davantage de la vérité de ce que j'avance en notant que l'écoulement qui suit l'avortement est tout aussi long que celui qui succède à l'accouchement à terme. J'ai remarqué en outre que, dans certains cas où l'avortement a lieu à sa période menstruelle, la menstruation se fait juste un mois lunaire après, comme si elle datait d'une précédente époque cataméniale. Je me rappelle, entre autres, trois dames, dont l'une donna naissance à un enfant mort; la seconde engagea une nourrice dès le premier jour, et la troisième menstruait régulièrement pendant la lactation. Chez toutes trois, la menstruation s'établit juste un mois lunaire après l'accouchement. Certains auteurs obstétriques s'étonnent que des femmes qui ont été affectées de dysménorrhée éprouvent très-violemment les douleurs qui suivent l'enfantement, même les primipares, mais combien cette question se simplifie quand on veut bien remarquer les analogies réelles qui existent entre la

menstruation et la parturition, les lochies et l'écoulement cataménial. Pendant le travail, il y a une foule de circonstances qui indiquent qu'une grande partie des douleurs siége dans les ovaires.

Qu'on me permette maintenant de résumer ce que j'ai avancé sur l'expulsion de l'œuf. On a vu que la forme la plus simple que prennent les organes générateurs chez les deux sexes est une lamelle, et dans ces cas les organes de l'un et de l'autre sexe sont semblables. Cette forme fondamentale est un point d'où partent deux lignes divergentes; au bout de l'une, nous trouvons les organes génitaux de l'homme ; au bout de l'autre, ceux de la femme.

De la simple lamelle, nous passons graduellement du tube, du canal, de la glande, de la strome au testicule de l'homme, à l'ovaire de la femme, accompagnés de leurs divers accessoires ; il en est de même des phénomènes physiologiques ; car en remontant l'échelle des êtres on passe de la simple élimination du produit sexuel sur la surface laminaire du testicule ou de l'ovaire du poisson, d'un côté vers l'émission séminale chez l'homme, de l'autre vers l'acte complexe de la parturition chez la femme. Le caractère des formes primitives de l'expulsion de l'œuf, ou, en d'autres termes, de la parturition se conserve parfaitement dans tout le règne animal. Les différentes parties du canal générateur chez la femme, savoir : l'ovaire, les trompes, l'utérus, le vagin s'unissent pour effectuer d'une manière plus élaborée le même résultat que produit la mamelle ou le plus simple canal. Outre cela, il y a, il est un certain type dans les actes physiologiques des organes générateurs de la femelle de tous les animaux ovipares, ovi-vivipares et vivipares : c'est le retour périodique des désirs sexuels et de l'acte parturiant. Chez beaucoup d'insectes, de poissons, d'amphibies et de mammifères, ce retour périodique est annuel ; chez d'autres, surtout ceux que la civilisation a modifiés, les intervalles sont plus rapprochés; chez la femme, ce retour est lunaire.

Parmi les animaux de la conformation la plus simple, les désirs sexuels sont inséparables de l'ovulation et ils ne se produisent jamais à une autre période, et dans tous les animaux on découvre une trace évidente de cette alliance, en observant l'augmentation des désirs sexuels au moment de la maturation et de la déhiscence des ovules.

Il existe clairement une analogie très-marquée entre tous les actes du système générateur féminin, savoir : le coït, l'œstruation, la menstruation, la conception et la parturition.

Partout le coït et l'organisme sexuel ne sont qu'une excitation à l'accomplissement des actes génératifs subséquents. En somme, l'œstruation, l'ovi-position, la menstruation, la conception et la parturition ne sont que des variétés d'une expulsion de l'œuf plus ou moins fertile, et tous ces actes peuvent se substituer les uns aux autres.

On remarque trois espèces d'ovi-expulsion (si l'on veut me passer ce terme) : la première est l'expulsion sans imprégnation, comme il arrive chez les poissons ovipares ; la seconde, celle où l'œuf s'expulse après avoir été imprégné, exemple : le triton ; la troisième est celle où l'ovule est non seulement imprégné, mais plus ou moins développé avant l'expulsion, comme cela se voit chez les animaux sus-vivipares ou vivipares.

De ces faits, il résulte des analogies fort intéressantes ; car la ponte non imprégnée des poissons est semblable à la ponte de la poule qui n'a point encore été soumise au coït, ainsi que l'œstruation qui se passe sans l'approche du mâle chez certains mammifères, et la menstruation sans imprégnation chez la femme ; tous ces actes sont essentiellement les mêmes. De plus, la ponte imprégnée de la salamandre, celle de l'oiseau ; la conception chez les mammifères et la femme sont encore d'une analogie frappante ; la seule différence que l'on puisse observer, c'est que l'ovule fertilisé, ce produit de l'approchement sexuel, est déposé de manières diverses : chez la salamandre, c'est un brin d'herbe qui le reçoit, pour l'oiseau, c'est le nid, et chez le reste, c'est l'utérus qui devient le récipient plus ou moins direct, selon la conformation du canal générateur. L'excitation ovarique est donc essentiellement la cause première de tous les actes expulsifs, relatifs à l'œuf pour quelque système génital féminin que ce soit.

Je crois avoir jusqu'ici démntré un nombre de faits qui suffiront, j'espère, pour établir 1° que, chez tous les animaux qui déposent des œufs sujets à une fécondation subséquente, c'est l'ovaire qui fournit le stimulus des actes moteurs nécessaires à l'expulsion ; 2° que, chez ceux qui déposent des œufs déjà imprégnés, qui ont séjourné un certain temps dans le réceptacle génital, c'est un renouvellement du même genre d'excitation ovarique, qui, dans l'origine, avait guidé l'œuf vers le réceptacle, qui cause finalement son expulsion complète ; 3° que, lorsque l'œuf s'expulse sous forme d'embryon arrivé à maturité, c'est encore l'excitation ovarique, au retour d'une période menstruelle, qui produit l'expulsion finale.

On voit que, sous ce point de vue, la déhiscence d'un ovule, au

sortir de l'ovaire le plus simple, est parfaitement analogue à la fonction si complexe de la parturition humaine.

L'expulsion de l'œuf sans imprégnation préalable, d'après ce que je viens d'exposer, est une fonction propre à tous les animaux ; mais cette expulsion se fait avec plus d'énergie quand le coït a eu lieu, bien même que ce dernier n'eût pas effectué l'imprégnation.

On voit donc que le coït et la conception influencent beaucoup l'expulsion de l'œuf, laquelle est l'acte fondamental du système générateur du sexe féminin. La menstruation et l'œstruation, ainsi que le passage des ovules le long des trompes chez les mammifères, représentent tout le mécanisme de la parturition de la grenouille et du saumon. D'un autre côte, la conception et la déposition de l'œuf imprégné dans l'utérus de la femme sont des phénomènes analogues à l'ensemble de la parturition des oiseaux ; de plus, il est évident que la parturition des vivipares et la sortie de l'œuf à l'extérieur de l'utérus qui effectue la délivrance ne sont que des phases subséquentes du procédé qui avait guidé l'œuf vivifié par l'imprégnation de l'ovaire à l'utérus.

De ces faits, il découle que, d'après la déhiscence des ovules au sortir de l'ovaire de la forme la plus simple, la force nerveuse de ce dernier organe est excitée et produit l'ovulation ; subséquemment, lorsque les ovules, qu'ils soient imprégnés ou non, passent de l'ovaire dans le canal ovarique (soit que ce dernier appartienne aux amphibies ou aux mammifères), les actes moteurs nécessaires à ce procédé sont excités par les nerfs de l'ovaire ; et lorsque les parties inférieures du canal générateur sont réveillées par l'approche du travail, c'est encore l'excitation ovarique qui donne de l'énergie à la portion utéro-vaginale du même canal.

Quand, par une disposition anatomique, l'ovaire est séparé du reste de l'appareil génital, ainsi que nous l'observons chez les mammifères et chez la femme, l'ovaire se met en rapport avec le reste du canal parturiant par une série d'arcs nerveux de nature réflexe. La partie de la moelle épinière qui régit les actes de l'utérus est excitée par les nerfs spinaux de l'ovaire ; cette excitation, ou, si l'on veut, cette espèce de polarité, ressemble beaucoup à l'excitabilité tétanique. Le système nerveux moteur de l'utérus se trouvant alors dans un état d'excitabilité, si persistant que l'utérus se contracte fermement et également sur son contenu, le fœtus lui-même, défendu jusqu'ici par le fluide de l'amnios, devient un excitant, et les actes réflexes du travail ne tardent pas à s'établir. Je crois donc pouvoir affirmer que c'est

l'excitation ovarique qui règle la parturition ou l'ovi-expulsion, sous quelque forme qu'elle se présente, et que cette découverte est le fruit de la belle théorie des fonctions réflexes d'une certaine partie du système nerveux.

MALADIES DES FEMMES. — 13. *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes;* par le docteur C. DEVILLIERS, fils, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, et le docteur J. REGNAULD, professseur agrégé à la même Faculté.

(Suite : *voir* t. III, mars 1848, p. 137.)

(Archives générales de Médecine, avril 1848.)

Complications. — Une affection, qui mérite moins le nom de complication de l'œdème que celui de phénomène concomitant, doit nous arrêter ici quelques instants : elle consiste dans le développement de varices sur les membres infiltrés.

Bien que ces dilatations veineuses n'aient pas avec l'affection principale des rapports absolus et constants, elles semblent provenir l'une et l'autre des mêmes causes, et subir des variations analogues. Voici quel a été le résultat de nos remarques à cet égard.

On ne rencontre que très-rarement des dilatations variqueuses considérables et nombreuses chez les femmes atteintes d'œdème. Ces dernières ne présentent en général que des varices d'un volume médiocre aux extrémités inférieures ou aux parties génitales, et en tous cas leur apparition précède celle de l'infiltration. L'absence complète des varices est plus fréquente qu'on ne serait tenté de le penser en réfléchissant à leur communauté d'origine avec l'œdème. Elle a lieu pour nous dans les 3/5 des cas environ.

Nous avons noté plusieurs fois que des varices développées, soit avant la grossesse, soit dès son début, diminuaient beaucoup de volume ou disparaissaient complétement à mesure que se faisait l'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire, phénomène dont on doit saisir facilement l'explication.

Nous ne devons pas oublier de faire observer que, dans certains cas, on peut être induit en erreur sur l'enchaînement de ces phénomènes, parce que l'épaisseur de la couche de liquide épanché voile la dilatation variqueuse sous-jacente et fait croire à sa disparition.

D'après nos observations, jamais les œdèmes simples n'ont amené une distension de la peau capable de produire des éraillures ou la gangrène. C'est dans d'autres espèces d'hydropisies qu'il faut rechercher ces graves lésions du tissu cutané.

Il en est de même de l'extension de la sérosité aux principales

cavités splanchniques; il nous est bien arrivé quelquefois, dans l'espèce d'œdème qui nous occupe, de percevoir, à l'aide d'un examen attentif, la présence d'un léger épanchement dans le péritoine, mais nous n'avons jamais vu le liquide envahir les autres cavités, sauf cependant celle de l'utérus et de l'œuf. Encore avons-nous constaté tout aussi souvent l'apparition de l'hydropisie de l'amnios avant celle de la leucophlegmasie.

Aucune des autres affections qui se sont présentées à notre étude ne nous a paru mériter le nom de complication de l'œdème simple.

Terminaisons. — La résolution de l'œdème simple est la règle générale, règle applicable aux cas où il reste limité à certaines régions comme à ceux où il revêt la forme de l'anasarque, et qui ne souffre d'exceptions que relativement aux affections concomitantes assez graves pour augmenrer la gêne de la circulation. Nous avons déjà fait remarquer, en effet, que pendant la grossesse certains œdèmes disparaissent d'eux-mêmes et par la simple cessation des causes mécaniques qui les avaient produits. Les modifications apportées dans le régime et les habitudes des malades, l'application régulière d'un traitement convenable, peuvent encore opérer ou favoriser la résolution de l'engorgement; elle aura lieu en peu d'heures ou de jours si les causes locales prédominent, et sera plus longue à s'effectuer si les causes générales sont les plus puissantes.

Mais dans la majorité des cas ce n'est qu'après l'expulsion du fœtus que l'on voit l'œdème s'effacer. A peine l'utérus est-il désempli que, la gêne de la circulation n'ayant plus lieu, la filtration séreuse diminue ou cesse, et l'absorption reprend ses droits. D'autres causes tout aussi importantes concourent au même résultat : telles sont la perte sanguine consécutive à l'accouchement, puis les diverses sécrétions, les lochies, les sueurs et les urines, que l'on voit naître ou devenir beaucoup plus abondantes que d'habitude. Il est à peine besoin, pour expliquer ces divers phénomènes, de rappeler avec Haller et M. Magendie que, lorsqu'on fait cesser la plénitude des vaisseaux à l'aide de l'évacuation des liquides, on favorise singulièrement la résorption de ceux qui sont épanchés.

Quoiqu'il en soit, la résolution de l'œdème peut s'opérer après l'accouchement dans l'espace de quelques heures ou de plusieurs jours, selon que la sérosité est plus ou moins abondante, qu'elle est épanchée depuis un temps plus ou moins long, selon aussi que la malade se trouve dans des conditions de santé plus ou moins favorables. Nous avons cependant observé des fièvre

puerpérales et typhoïdes dans lesquelles, malgré la gravité très-grande de la maladie, l'œdème avait suivi sa marche rétrograde ordinaire.

Enfin, nous avons dû nous demander si, dans certains cas, l'infiltration séreuse simple n'avait pas pu annoncer, favoriser ou même amener le développement des affections puerpérales.

Un quart environ de nos infiltrées avait été atteint de ces maladies sous forme de métro-péritonite, et nous avions cru remarquer que la plupart du temps, l'apparition de leurs premiers symptômes offrait une sorte de coïncidence avec la résolution de l'œdème, quelque étendu qu'il eût été, de telle sorte que nous avions d'abord été portés à rapprocher ce fait de la formation des épanchements péritonéaux ou autres qui s'opéraient dans les cas graves, et tentés de l'attribuer à une véritable *métastase*. Mais d'une part, l'hydropisie avait, comme nous l'avons dit plus haut, tantôt suivi sa marche rétrograde ordinaire, tantôt persisté, malgré le développement des affections puerpérales; d'une autre part, ces dernières maladies elles-mêmes, observées la plupart dans une maison d'accouchement où elles régnaient sous forme épidémique, n'avaient rien offert d'insolite soit dans leur développement, soit dans leur marche, soit dans leurs conséquences. En effet, en mettant à part les épanchements ordinaires du péritoine, nous n'avions rencontré qu'une fois dans les plèvres, et une autre fois dans les cavités cérébrales, des suffusions séreuses, dont l'existence s'expliquait très-bien par les diverses complications des métro-péritonites et de la fièvre typhoïde observées. En y réfléchissant donc mûrement, nous avons été contraints d'abandonner l'idée de toute relation directe de cause à effet entre l'*œdème simple* et les affections puerpérales. Aussi ne pouvons-nous adopter les opinions du docteur Laserre sur la terminaison de cette espèce d'hydropisie par métastase, chez les nouvelles accouchées. « Tantôt, dit ce médecin (*Gazette méd. de Paris*, 1843, n°s 47 et 48), la résorption de l'œdème, signalée en général par la plénitude du pouls, la chaleur à la peau, se termine heureusement par les phénomènes d'une sécrétion laiteuse abondante ; tantôt surviennent des symptômes de congestion séreuse vers les centres nerveux (compression cérébrable) ou vers les organes respiratoires (œdème des poumons), souvent suivis de mort. » Nous devons avouer que, parmi le grand nombre de faits qui nous ont passé sous les yeux, nous n'avons jamais pu, sauf peut-être dans un cas d'infiltration chez une femme albuminurique, saisir les simptômes décrits par M. Lasserre, et les rapports qui existent, suivant lui, entre l'œdème et les accidents

si graves attribués à sa métastase. Cette remarque nous porte à croire que, dans les cas où ce mode de terminaison de l'hydropisie a été observé, il s'agissait plutôt d'infiltrations séreuses, avec affections organiques ou albuminuries, que des œdèmes simples dont il est question ici.

Pronostic. Il est facile de prévoir, d'après ce qui précède, que le pronostic sera favorable à la mère et au produit de la conception dans l'immense majorité des cas. La facilité avec laquelle l'œdème se résout, le peu de gravité des complications qu'il présente, justifient suffisamment cette assertion.

Cependant lorsque l'infiltration fait des progrès notables, qu'elle occupe certaines régions, elle peut donner lieu à des accidents qu'il est utile de signaler.

Si les grandes lèvres sont fortement œdématiées, ce qui est rare dans le cas présent, elles peuvent, au moment de l'accouchement, sinon empêcher, du moins retarder l'expulsion du fœtus. Le passage de ce dernier s'accompagne alors souvent de lésions assez étendues de la vulve et du périnée, et dans quelques cas elles sont suivies du développement d'un érysipèle gangréneux.

Il se peut encore que la gêne de la circulation et les autres causes acquièrent une intensité telle, que l'épanchement séreux gagne la cavité de l'abdomen et celle de l'utérus, et vienne compromettre par conséquent la santé de la mère et surtout celle de l'enfant; mais nous avons déjà dit que cette extension de l'hydropisie est fort rare dans l'œdème simple.

Ainsi, sauf quelques accidents particuliers et rares, que l'art d'ailleurs peut souvent prévenir, il n'y a aucune raison sérieuse pour s'inquiéter de la présence de l'œdème simple.

Diagnostic.— Les hydropisies, avec lesquelles on pourrait confondre les œdèmes qui font le sujet de cet article, sont :

1° Les anasarques accompagnées d'affections organiques du cœur ou d'autres viscères importants, 2° les hydropisies avec albuminurie.

L'analogie de l'œdème simple avec l'anasarque des affections organiques n'existe que dans le début de cette dernière affection ; mais bien que parfois l'œdème simple puisse gagner les parties supérieures du corps, il n'acquiert jamais les proportions de la seconde forme d'hydropisie. D'ailleurs, l'existence de l'affection organique, que l'on doit toujours rechercher avec soin, suffit dans tous les cas pour les distinguer.

L'hydropisie qui accompagne presque constamment l'albuminurie se présente assez souvent avec les caractères de l'œdème simple : ainsi, même aspect, même coloration des tissus, même

mode de développement de l'infiltration. Cette dernière peut rester quelquefois limitée aux membres inférieurs ou même se présenter sous la forme d'un léger empâtement ; cependant elle s'étend beaucoup plus souvent que dans l'œdème simple aux membres supérieurs et à la face. Mais un caractère fondamental, que l'on ne devra jamais négliger de rechercher, empêche de confondre entre elles ces deux espèces d'hydropisies : c'est la présence de l'albumine dans l'urine des malades atteintes de la première, et son absence dans celle des personnes qui offrent la seconde.

Enfin, nous ne voyons plus que la *phlegmatia alba dolens*, l'éléphantiasis des Arabes, et l'angioleucite, qui puissent être confondus avec l'œdème simple des femmes enceintes.

La première maladie débute néanmoins, dans la majorité des cas, par des douleurs très-vives, s'accompagne de fièvre, de chaleur, de changement de couleur à la peau ; en même temps l'œdème se montre d'abord à la portion supérieure du membre affecté pour s'étendre à une partie ou à toute la longueur de l'extrémité inférieure. La peau infiltrée est en outre plus résistante, conserve moins facilement l'impression du doigt ; cette maladie s'accompagne enfin de symptômes aigus qu'on ne trouve pas ailleurs.

L'éléphantiasis des Arabes, quoique présentant au premier abord des traits de ressemblance avec l'œdème, s'en distingue aisément par sa marche très-lente et par l'induration ordinaire des tissus. On sait, au reste, que cette affection est des plus rares dans nos climats.

Dans l'angioleucite, le gonflement des membres est le plus souvent local et ne dépasse guère les limites de l'inflammation des lymphatiques. Le doigt sent de petites cordes noueuses superficiellement situées ; ces dernières se manifestent à l'œil par des traces rosées, s'accompagnent même quelquefois d'une inflammation érysipélateuse avec douleur âcre, brûlante, qui s'exaspère par le toucher. Enfin, il existe presque toujours un engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques correspondants.

Aucun de ces symptômes ne se présente dans l'œdème simple des femmes enceintes, à quelque période de son développement qu'on l'envisage ; l'un d'eux ou leur ensemble doit suffire pour empêcher toute confusion.

Traitement. — Lorsque l'épanchement séreux est peu considérable et qu'il reste limité aux membres inférieurs, il n'offre sous le rapport thérapeutique que des indications fort simples à rem-

plir. Éviter toute espèce de fatigue, garder autant que possible le repos horizontal, empêcher la constipation, favoriser la sécrétion urinaire à l'aide de diurétiques non irritants : tels sont les moyens généralement conseillés et dont nous avons aussi reconnu l'utilité.

Mais si l'œdème est plus considérable, s'il tend à augmenter, si la malade présente en outre les symptômes de la pléthore des femmes enceintes, il ne faut pas hésiter, quel que soit le terme de la grossesse, à pratiquer une saignée du bras. Ce moyen devrait même être mis en usage avant l'apparition de l'œdème, si on observait les signes précurseurs qui ont été décrits. La quantité de sang qu'on devra extraire sera toujours modérée ; car il faut craindre de déterminer un travail prématuré d'accouchement. Cette proportion, d'ailleurs, sera subordonnée à une foule de conditions qu'il est facile de prévoir. Il y aura toutefois nécessité de s'abstenir de ce moyen chez les femmes debilitées, soit par les habitudes, soit par les privations que la misère impose. Si nous avons vu quelques résultats heureux suivre l'emploi de la saignée générale, nous avons observé d'autres faits qui prouvent que le soulagement peut n'être que momentané, l'œdème reprenant bientôt son volume et sa marche ordinaires.

Au reste, la saignée est ici d'un emploi rationnel : la déplétion qu'elle opère dans le système vasculaire rend plus active, comme on le sait, l'absorption des liquides épanchés ; elle s'oppose en outre à la stase sanguine qui pourrait amener une congestion dans quelque partie du système utérin.

Il faut éviter avec soin de faire usage d'agents purgatifs ou diurétiques énergiques, capables de réagir sur l'utérus et de développer des contractions prématurées.

L'emploi des bains et surtout des bains de vapeurs, celui de la chaleur, des frictions sèches sur la peau, ont été recommandés avec raison comme favorisant la circulation et stimulant les appareils sécrétoires cutanés, dont les fonctions jouent un rôle important dans la guérison. Mais on ne doit user des frictions qu'avec ménagement, à cause de l'excitation générale dont elles s'accompagnent.

Quant aux bains de vapeurs, leur emploi modéré est sans inconvénients, et nous en avons vu retirer d'assez bons résultats. La compression des membres œdématiés a encore été préconisée dans le but de s'opposer à la tension trop forte de la peau et d'obtenir la résolution de l'engorgement. Nous ne partageons pas l'opinion des médecins qui ont proposé cette méthode curative : 1° parce que, sur des membres très-infiltrés, la compression est

évidemment inefficace ; 2° parce que, en l'exerçant, on ajoute encore une gêne à la circulation, gêne qui sera d'autant plus grande que l'obstacle au retour des liquides provient de l'action mécanique des viscères; 3° enfin, parce que, si l'on obtient la résolution partielle de l'engorgement séreux, on peut aussi le faire refluer vers les cavités splanchniques ou apporter obstacle à la circulation utérine elle-même. Ce moyen ne nous paraît devoir être mis en usage qu'après l'accouchement, lorsque l'œdème est trop lent à se résorber ; encore faut-il n'avoir recours dans les premiers temps qu'à une compression graduelle, modérée et établie méthodiquement.

Une médication trop négligée en général dans le genre d'hydropisies qui nous occupe, c'est la médication fortifiante préconisée jadis par Bacher, qui, comme on sait, l'avait substituée au traitement sec. Elle paraît éminemment convenable dans une maladie où il y a diminution de force tonique et de l'élasticité des vaisseaux (Bouillaud), et où le sang est devenu plus riche en parties aqueuses, plus pauvre en éléments cruoriques.

La question principale qui surgit alors est de savoir si l'état particulier dans lequel se trouve la femme ne contre-indique pas l'usage des médicaments ferrugineux, par exemple. Nous n'avons pas pu expérimenter suffisamment un semblable traitement pour résoudre le problème ; mais nous croyons que chez certaines femmes d'une constitution délicate, affaiblie, offrant quelques-uns des signes de la chlorose, de l'hydrohémie, on en tirerait de très-grands avantages.

Bacher (dans ses *Recherches sur les hydropisies*, 1776) cite à l'observation VII un cas d'hydropisie chez une jeune femme de 22 ans, arrivée au sixième mois de sa grossesse. Signes précurseurs, inquiétudes dans les jambes, étouffements, maux de tête ; bientôt infiltration des jambes, des cuisses et de la région lombaire. Ces symptômes s'aggravent et les étouffements augmentent, malgré l'emploi des purgatifs et des frictions sèches. Trois saignées, un régime léger et laxatif, soulagent la malade ; mais à la fin du septième et au neuvième mois, les accidents se reproduisent. L'état du pouls s'opposant aux évacuations sanguines, on administre les pilules toniques de Bacher, et dès lors l'enflure et l'oppression diminuent sensiblement; l'accouchement a lieu à terme et s'opère heureusement.

Une dame à laquelle nous donnâmes des soins, âgée de 24 ans, grande de taille, cheveux châtains, n'avait éprouvé pendant son enfance aucune maladie remarquable.

Elle avait fait une fausse couche en octobre 1838, et au mois d'avril de l'année suivante elle devint enceinte.

Dès le premier mois, malaises, étouffements, constipation, douleurs vives au bas-ventre, inappétence, pâleur prononcée de la face. Ces symptômes obligèrent la malade à garder le lit pendant six semaines. Vers le troisième mois, il y eut du mieux ; mais à la fin du même mois, et seulement à la suite de quelques chagrins, on vit apparaître aux extrémités inférieures une infiltration qui, au bout de trois ou quatre semaines, avait atteint les cuisses, l'abdomen, la poitrine, la face et les extrémités supérieures. Les urines n'avaient néanmoins subi aucune modification ; il n'existait pas de lésion du côté du cœur. Le traitement dirigé contre cette affection consista en un régime tonique, pilules ferrugineuses, eaux de Spa ; il eut pour résultat une diminution très-notable de l'infiltration. Mais au moment même où cette amélioration était obtenue, les symptômes d'un avortement se manifestèrent ; il se termina heureusement, et ses suites n'offrirent rien de remarquable, si ce n'est la disparition complète de l'œdème après peu de jours.

Si ce fait n'est pas tout à fait concluant relativement à l'usage des toniques, il montre toutefois que ces agents avaient produit une diminution sensible de l'anasarque et une amélioration générale dans l'état de la santé pendant les deux mois et demi de leur administration.

Nous croyons donc que l'emploi des ferrugineux, entre autres toniques, présente de grands avantages dans les cas dont nous venons de parler ; mais les effets de ces médicaments ont besoin d'être surveillés avec soin, et ils exigeraient l'usage de très-petites saignées dans les cas où quelques signes de congestion viendraient à se manifester. Nous avons à peine besoin d'ajouter qu'il ne faut se décider à entreprendre un semblable traitement que lorsque l'infiltration déjà étendue menacerait encore d'augmenter et d'envahir de nouvelles parties.

Rappelons, en terminant, que le moyen qui doit toujours être opposé à l'extension de l'œdème consiste dans le repos horizontal.

Lorsque les malades gardent cette position pendant un temps suffisant, on obtient quelquefois la disparition de l'infiltration séreuse, ou du moins on la voit diminuer d'une manière notable. Malheureusement ce genre de traitement ne peut être appliqué à quelques femmes atteintes de dyspnée, d'asthme et de certaines affections nerveuses ; il est surtout impraticable chez les personnes de la classe ouvrière. Du reste, il faut bien se convaincre

que le repos est plutôt un moyen de soulagement qu'un procédé curatif, lorsque l'œdème acquiert un volume tant soit peu considérable.

Quand l'épanchement séreux s'étend à la vulve, dans le but de soulager la femme, et de procurer une issue plus facile au produit de la conception, on peut pratiquer avec avantage quelques mouchetures. Il est parfois convenable, d'après le conseil de M. Lasserre, de faire à chaque jambe une petite incision, par laquelle le liquide s'écoule goutte à goutte. On doit avoir recours à ce moyen dans le cas où, l'œdème étant très-volumineux, on redoute le transport de la sérosité sur quelque organe important.

C'est à peine si nous avons besoin d'ajouter, enfin, qu'il ne faudra jamais négliger de combattre les complications aussi bien que les affections qui contribuent à entretenir l'œdème.

Hydropisies avec affection des organes centraux de la circulation et de la respiration. — Notre intention dans cet article ne peut être, on le comprend, de nous occuper des affections du cœur, des gros vaisseaux ou des poumons, qui ont produit l'épanchement séreux chez les femmes enceintes; nous devons nous borner à quelques remarques générales sur le seul phénomène de l'hydropisie qui, du reste, ne diffère de l'espèce précédente que sous peu de rapports.

Dans les œdèmes ou anasarques avec maladie des organes centraux de la circulation et de la respiration, les causes organiques de la gêne de la circulation et par conséquent de l'infiltration séreuse viennent encore s'augmenter de toutes celles que l'état puerpéral développe chez la femme : telles sont entre autres les modifications de l'économie, du sang surtout, l'augmentation de volume de l'utérus, etc., que nous avons étudiées précédemment en détail. Il y a donc bien des raisons qui pourront faire présumer que, si l'hydropisie n'existait pas avant la grossese, elle se développera presque certainement pendant son cours, et que, si elle s'était déjà manifestée avant elle, elle acquerra des proportions plus considérables que dans les œdèmes simples. En effet, la marche et les symptômes de cette dernière espèce d'hydropisie diffèrent de ceux de la précédente, d'abord sous le point de vue qui vient d'être signalé, puis sous celui de la rapidité plus grande avec laquelle s'opère l'effusion séreuse et surtout de la gravité de ses conséquences.

Cependant, lorsque l'affection organique n'était pas portée à un degré avancé et que l'infiltration séreuse n'existait pas avant la grossesse, nous avons vu cette dernière ne se manifester

qu'aux époques ordinaires, c'est-à-dire dans les derniers mois. Nous l'avons vue aussi ne pas s'étendre à toute la surface du corps, comme cela a lieu dans les maladies anciennes, et rester limitée aux membres inférieurs, subir en partie les alternatives d'accroissement et de diminution que nous avons fait observer à l'accasion des œdèmes simples, et même disparaître comme eux quelques jours avant l'accouchement ; mais en général, ces dernières variations sont bien moins prononcées, et l'infiltration persiste pendant toute la durée du jour et de la nuit.

Un des caractères les plus importants de cette hydropisie est en outre d'avoir de la tendance à envahir les principales cavités splanchniques, ce qui est rare dans les œdèmes simples et ajoute beaucoup à la gravité de la maladie. La sérosité, ne trouvant pour ainsi dire plus de place dans les mailles du tissu cellulaire, reflue vers les grandes cavités séreuses ; d'autres fois, au contraire, elle commence par celles-ci, comme dans l'ascite, avant que l'infiltration extérieure ait acquis quelque importance. C'est, au reste, cette complication qui contribue en grande partie à amener des accidents fâcheux, soit pour la mère, chez laquelle peuvent se manifester tous les symptômes de l'asphyxie, soit pour l'enfant, dont l'expulsion peut être prématurée. Dans sa prévoyance, la nature a voulu que cette dernière terminaison fût la plus commune ; la gêne de la circulation à laquelle participent alors l'utérus et le placenta développe un travail prématuré qui, s'il a l'inconvénient de donner naissance à un enfant placé dans de mauvaises conditions de viabilité, a au moins l'avantage de sauver la mère, dont les fonctions se trouvent bientôt rétablies dans leur état normal. Il faut ajouter, cependant, que nous avons vu des femmes atteintes d'anasarque considérable, d'accidents de dyspnée, etc., accoucher heureusement et à terme d'enfants viables et forts.

Quoique le pronostic soit en général assez grave, dans les affections dont nous nous occupons, il est évidemment sous la dépendance de la maladie organique principale, dont l'amendement ou l'aggravation doivent servir de règle.

Quant au diagnostic, il n'est pas fort difficile à établir, car l'examen des principaux organes suffit dans presque tous les cas pour dévoiler la véritable nature de l'hydropisie. Nous ne pourrions donc que répéter ici ce qui a été dit précédemment. Mais l'étendue souvent assez grande de l'infiltration, surtout aux parties supérieures du corps, et l'apparence maladive de la femme, pourraient quelquefois laisser penser que l'on a affaire à une maladie de Bright, et il est d'autant plus important de s'en assurer

que celle-ci peut se compliquer d'affection organique du cœur et qu'elle exige des indications particulières. Aussi ne doit-on jamais se dispenser de soumettre à plusieurs reprises les urines à l'analyse chimique.

Si, dans un certain nombre de cas, la grossesse, chez un femme atteinte d'anasarque considérable avec affection organique des organes de la circulation et de la respiration, se termine spontanément et d'une manière heureuse pour la mère et pour l'enfant, il ne faut pas toujours compter sur un résultat aussi favorable et rester dans une inaction dangereuse. En considérant en effet la question sous le seul rapport de l'hydropisie (car l'affection organique réclame pour elle-même des indications qu'il n'est pas nécessaire de préciser ici), son extension trop grande, surtout aux cavités splanchniques, exige un traitement particulier dans le cas de gêne extrême des fonctions circulatoire et respiratoire. Administrer les médicaments conseillés plus haut contre l'œdème simple, évacuer la sérosité des mailles du tissu cellulaire par des mouchetures ou par des incisions pratiquées sur les extrémités inférieures et renouvelées aussi souvent que cela est nécessaire, ou bien donner issue au liquide trop abondant et accumulé dans la cavité abdominale, par exemple, selon le conseil et le procédé de Scarpa : tels sont les premiers moyens qui se présentent. Mais lorsqu'ils ne suffisent pas, que le danger est imminent pour la mère et peut le devenir pour le fœtus, lorsqu'enfin la grossesse est arrivée au terme de la viabilité fœtale, on doit agiter la question de savoir s'il n'y a pas nécessité de l'arrêter dans son cours en provoquant l'expulsion du fœtus. C'est en effet sous l'influence de l'état de grossesse que l'hydropisie, et quelquefois aussi l'affection organique qui en est la première source, se sont aggravées. On est donc suffisamment autorisé à imiter le procédé qu'emploie la nature, qui, dans des cas semblables, abrége la durée de la gestation.

MALADIES DES ENFANTS. — 14. *Des affections du larynx dans l'enfance ; leur diagnostic différentiel et leur traitement*; par A. F.

(L'Union médicale, Nos 54, 56 et 57.)

S'il est vrai que, considérées d'une manière générale, les maladies du larynx soient peu communes dans l'enfance, il ne l'est pas moins que les maladies de diverses natures qui peuvent atteindre cet organe offrent, à cette époque de la vie, une gravité qui est bien loin de leur appartenir dans l'âge adulte. D'autre part, il est une maladie toute particulière à l'enfance, c'est le *croup* ou *angine laryngée pseudo-membraneuse*, maladie d'une gra-

vité extrême, et qui se rapproche par beaucoup d'aspects de plusieurs autres maladies du larynx. Il importe donc aux médecins de connaître parfaitement les signes distinctifs qui appartiennent à chacune de ces maladies, de manière à ne pas porter un pronostic favorable, qui serait bientôt déjoué par l'événement, ou un pronostic funeste, que la rapide et heureuse terminaison de la maladie viendrait bientôt démentir ; de manière à recourir en temps utile aux médications les plus efficaces et les plus certaines ; de manière enfin à ne pas se trouver pris au dépourvu par la gravité et l'imprévu des circonstances.

L'observation suivante, empruntée au service de M. Blache, nous fournira l'occasion de passer en revue les caractères distinctifs des affections du larynx dans l'enfance et de scruter la valeur relative et absolue de chacun d'eux :

Au n° 6 de la salle Saint-Thomas (hôpital des enfants malades,) était couché, le 18 avril 1848, un enfant de trois ans, assez développé pour son âge, placé au milieu de conditions hygiéniques assez favorables, et vacciné. Cet enfant avait eu l'année dernière la rougeole et une affection variolique. Il y a six semaines, il fut pris d'une coqueluche qui dura trois semaines, et à la suite de laquelle il a conservé un catarrhe qui a persisté jusqu'à l'invasion de la maladie actuelle. Il y a huit jours, sans cause déterminante appréciable, l'enfant a été pris d'une dyspnée augmentant rapidement, mais *sans accès de suffocation proprement dits.* La voix est devenue promptement *aphone.* En même temps l'enfant se plaignait de la gorge et y portait continuellement la main.

A son entrée à l'hôpital, il était dans l'état suivant : Facies un peu pâle, sans trace de cyanose. Respiration accélérée, haute, anxieuse. Sifflement laryngo-trachéal s'entendant à distance et offrant un timbre un peu métallique. Voix et toux tout à fait aphones. Sonorité normale du thorax à la percussion. Râles sibilants et ronflants, dans toute l'étendue des voies respiratoires, couverts en partie par le bruit laryngé. Pouls fréquent. Peau chaude et sudorale. Rien d'appréciable à l'inspection de la bouche et de la gorge. Rien d'anormal du côté de l'abdomen. Constipation. (Administration immédiate d'un vomitif : émétique, 5 centig. ; poudre d'ipécacuanha, 50 centig., dans une potion de 125 gram.; sinapismes aux extrémités.) Sous l'influence de ce vomitif l'enfant eut des vomissements abondants, mais au milieu desquels on ne retrouvait aucune trace de fausses membranes. Dans l'après-midi, la gorge fut cautérisée avec une solution saturée de nitrate d'argent, et l'on administra de nouveau un vomitif. Le soir, la respiration était toujours haute et fréquente , quoique moins

anxieuse. Des frictions mercurielles furent faites autour du cou.

La nuit du 18 au 19 fut assez bonne. Le lendemain matin il y avait un mieux sensible et moins d'anxiété. Cependant la respiration était toujours accélérée et bruyante, accompagnée d'une sorte de clapotement ; 68 respirations par minute. Pas d'accès de dyspnée. Aphonie complète. Toux grasse. Expectoration assez facile d'un mucus abondant, opaque, blanchâtre, assez consistant. Sonorité parfaite. Mêmes phénomènes stéthoscopiques que la veille. Pouls à 152, assez développé. Peau chaude et sèche. Soif assez vive. Langue humide, blanchâtre, couverte d'une sorte de pellicule très-mince à sa partie moyenne. Ventre affaissé, souple et indolent. Pas d'évacuations alvines. (Vomitif avec sulfate de cuivre, 15 centig. Vésicatoire sur le sternum.)

Le 20 avril. — Les vomissements avaient été peu abondants et les matières vomies ne contenaient pas de fausses membranes; résultats négatifs fournis par l'inspection de l'arrière-gorge. Diminution du sifflement laryngo-trachéal. Calme notable. Persistance de l'aphonie. Expectoration toujours la même. Facies rosé. Toujours de la fréquence du pouls et de la chaleur à la peau. (Julep avec 10 centigr. de tartre stibié.)

Le 21. — Vomissements après chaque cuillerée de potion. Amélioration notable sous le rapport de la dyspnée. Aphonie. Toux étouffée. Expectoration toujours identique. Quelques mucosités dans l'arrière-gorge, mais pas de fausses membranes. Râles sibilants et muqueux à grosses bulles dans toute la poitrine, mais surtout à droite. Pouls à 120. Chaleur fébrile. Soif modérée. Tolérance complète pour le tartre stibié. (Tartre stibié 10 cent. dans une potion ; frictions avec l'huile de croton sur la région sous-hyoïdienne.)

Le 22. — Pas de suffocation. Nuit calme. Tolérance complète. Pas de modification sensible dans l'état général. Pouls à 134. Mêmes phénomènes d'auscultation. Aphonie. Un peu d'affaissement. Expectoration pénible d'un mucus opaque et consistant. (Même traitement.)

Le 23. — Un peu plus d'oppression pendant la nuit, sans anxiété bien marquée. Face pâle. Pas de changement dans les phénomènes stéthoscopiques. Même fréquence du pouls. Un peu de tendance des extrémités à se refroidir. Un peu de diarrhée.

Le 24. — Même état général : seulement l'affaissement augmente ; et l'auscultation fait percevoir une grande faiblesse du murmure respiratoire, avec peu ou presque point de râle. Les extrémités sont un peu plus froides que la veille. Dans la journée

le refroidissement augmente, et l'enfant succombe le lendemain à 6 heures du matin.

Autopsie, vingt-sept heures après la mort. — Les organes respiratoires sont détachés avec soin, de manière à conserver une partie de la base de la langue et du pharynx. La coloration de ces deux parties est tout à fait normale, et l'on n'y distingue aucune trace d'injection ni de fausses membranes. Le larynx, vu par en haut, ne paraît non plus ni rétréci, ni tapissé de fausses membranes. C'est, du reste, ce qui est confirmé par l'inspection directe, après l'incision préalable. A partir de la base de l'épiglotte, on distingue un pointillé rouge qui devient d'autant plus prononcé qu'on se rapproche davantage de la trachée et des bronches. Peu serré sur les lèvres de la glotte, ce pointillé le devient davantage un pouce environ au dessous de cette portion rétrécie du larynx. Mais c'est surtout près de la bifurcation que l'injection est vive et serrée, et sa coloration légèrement rosée en haut devient inférieurement d'un violet foncé. Les deux divisions de la trachée sont fortement injectées; la muqueuse qui les tapisse est épaissie. Les bronches sont également d'un rouge foncé aussi bien dans le lobe supérieur que dans le lobe inférieur. Elles ne contiennent pas du tout de mucus. Lorsqu'on les suit à une certaine distance dans le tissu pulmonaire, on ne tarde pas à les voir se dilater, de manière à conserver jusque près de leur terminaison le diamètre d'une plume de corbeau. Bien que cette injection et cette dilatation des bronches soient générales, elles sont cependant beaucoup plus prononcées dans le poumon droit que dans le poumon gauche, dans le lobe inférieur de cet organe que dans le supérieur. Les deux poumons offrent l'altération décrite sous le nom de *pneumonie lobulaire*, c'est-à-dire qu'on aperçoit çà et là, et principalement dans les lobes inférieurs, des portions circonscrites du poumon, qui offrent dans une étendue d'un pouce, de deux pouces et au-dessus, une coloration d'un rouge foncé, une dureté considérable, et autour desquelles le tissu pulmonaire paraît absolument sain. A côté de ces portions d'un rouge-brunâtre, on en distingue d'autres qui sont comme affaissées et décolorées, rappelant, ainsi que l'ont très-bien dit MM. Legendre et Bailly, l'état du tissu pulmonaire qui n'a pas encore été distendu par l'air (*état fœtal*), En incisant, au niveau des portions colorées en rouge foncé, on trouve le tissu pulmonaire fortement et profondément coloré en rouge-brun, induré, mais ne se déchirant pas avec facilité. Lorsqu'on le presse entre les doigts, on fait suinter par divers points, qui ne sont autre chose que les extrémités des bronches, un mucus spumeux, jau-

nâtre, comme purulent. Les plèvres n'étaient le siége d'aucun épanchement; il y avait cependant à la surface du poumon droit, en quelques points correspondant aux lobules enflammés, quelques fausses membranes récentes et peu épaisses. Le sommet des poumons, examiné avec le plus grand soin, n'a présenté aucune apparence de tubercules. Il en était de même des ganglions bronchiques assez volumineux, mais sans tubercules. Cœur bien conformé, revenu en grande partie sur lui-même, renfermant quelques petits caillots décolorés et adhérents. Le foie, la rate, les reins étaient parfaitement sains. L'estomac, malgré l'administration des vomitifs, et en particulier celle du tartre stibié, qui avait été donné pendant plusieurs jours à dose contro-stimulante, offrait une pâleur des plus remarquables. La muqueuse était pâle, d'une très-bonne consistance.

Faisons pour le moment abstraction des altérations pathologiques que nous a révélées l'examen cadavérique et qui ont nettement établi la place que doit occuper cette affection du larynx, et voyons par quels points de contact cette observation se rapproche, sous le rapport séméiologique, des principales maladies du larynx.

Le *croup* ou *angine laryngée pseudo-membraneuse*, inflammation spécifique de la muqueuse laryngienne, caractérisée par le dépôt de fausses membranes sur cette muqueuse, présente trois périodes bien tranchées : dans la première, qui est celle de l'*angine* proprement dite, le symptôme prédominant est le mal de gorge, accompagné de douleurs au-devant du cou et de gonflement de ganglions sous-maxillaires. A cette époque, l'examen de l'arrière-gorge fait déjà reconnaître de la rougeur et de la tuméfaction des tonsilles, de petites plaques blanches sur le voile du palais, les amygdales, le pharynx, etc. Les symptômes généraux qui accompagnent cet état sont, en général, peu prononcés : tout au plus y a-t-il un peu d'accablement, de l'anorexie et quelques accès fébriles. Aussitôt que la phlegmasie envahit le larynx, les symptômes changent de caractère, et la seconde période commence : la toux, d'abord petite et sèche, se montrant par quintes très-courtes et accompagnée, dès le début, d'aphonie et de suffocation, ne tarde pas à devenir sonore, éclatante, plus ou moins analogue au cri du coq, à l'aboiemeut du chien ou bien elle est rauque, sourde, sèche, et comme rentrant dans le larynx. La voix, d'abord enrouée, s'éteint bientôt presque complétement, et le timbre de la voix est métallique comme la toux. La respiration s'accompagne d'une espèce de sifflement, plus prononcé dans l'inspiration, et rappelant le bruit que fait une scie

qui trace sa voie dans une pierre de dureté moyenne. En même temps, la respiration s'accélère, et par instants on voit le malade en proie à de véritables accès de suffocation, s'élancer sur son séant, s'accrocher aux corps qui l'environnent, et porter convulsivement la main vers le larynx, comme pour en détacher le corps qui gêne l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Dans ces accès de dyspnée, qui sont quelquefois séparés par des intervalles de rémission très-prononcée, et souvent presque complète, on voit parfois les petits malades tomber dans un état demi-asphyxique, les lèvres violacées, la face pâle et livide, les extrémités froides, etc. l'expectoration, souvent nulle, amène, dans d'autres circonstances, l'expulsion de lambeaux ou de débris pseudo-membraneux. Dans cette période, les malades conservent, même dans l'intervalle des accès, de la fièvre, de la somnolence, surtout de l'abattement et de la tristesse. La troisième période du croup présente des symptômes, indices d'une asphyxie rapide ou lente : aphonie complète, sifflement laryngo-trachéal, très-sec et comme métallique, contraction convulsive des muscles respiratoires, fréquence et irrégularité extrême du pouls, pâleur de la face, renversement de la tête, assoupissement presque continuel. La mort a lieu, soit dans un accès de suffocation, soit dans une espèce d'asphyxie calme, à forme lente et progressive.

Le *faux-croup* (*laryngite spasmodique*, *laryngite striduleuse*, *asthme aigu de Millar*) est une affection qui mérite, à cause de sa fréquence, d'être parfaitement connue et distinguée du vrai croup, dont elle est loin de présenter la gravité. Comme le croup, c'est une affection aiguë du larynx; mais contrairement à ce qui a lieu dans cette dernière maladie, elle débute ordinairement brusquement et *sans prodromes*, ou avec des prodromes tellement légers qu'ils attirent à peine l'attention. C'est en général au milieu de la nuit que le faux-croup débute. Tout à coup l'enfant s'éveille en proie à la plus vive anxiété. Il semble suffoqué, et il fait des efforts violents pour respirer. Les yeux sont injectés; la face est vultueuse ; la toux éclatante, striduleuse, tantôt simule l'aboiement du chien , tantôt présente tous les caractères de la toux croupale, c'est-à-dire qu'elle est rauque, étouffée, d'une sonorité métallique. La respiration est déchirée, sifflante ; l'inspiration est plus longue que l'expiration ; la première imitant le bruit de scie, la seconde se faisant généralement sans bruit. Si la suffocation est imminente, à l'injection de la face ne tardent pas à succéder la pâleur et une légère teinte bleuâtre particulière, presque aussi intense que dans le vrai croup. Après l'accès, qui

a une durée variable, mais qui n'est jamais aussi court que celui d'une maladie du larynx dont nous parlerons tout à l'heure (le *spasme de la glotte*), l'enfant se rendort; ou bien si l'accès a lieu dans le jour, l'enfant retourne à ses jeux et ne conserve pas cette expression de tristesse particulière au vrai croup. Dans les cas graves, les accès sont multiples et se représentent avec la même fréquence que dans le croup vrai ; avec cette différence toutefois que les rémissions sont complètes. Dans les cas légers, après une quinte très-violente et effrayante, tout rentre dans le calme : la voix est à peine altérée ; ou s'il y a aphonie, celle-ci est toujours de très-courte durée ; le pouls est généralement sans fréquence, ou la fièvre est peu vive. Si l'on examine l'arrière-gorge, on n'y découvre aucune fausse membrane. Les ganglions cervicaux ne sont nullement tuméfiés. La marche de la maladie diffère, suivant son intensité : dans les cas simples, la toux perd rapidement ses caractères pour revêtir ceux d'une toux catarrhale humide, accompagnée d'expectoration muqueuse; et, comme le dit M. Guersant, tout se termine comme un simple rhume, et d'une manière assez rapide, si l'enfant n'a pas été débilité par une médication d'une activité inopportune. Dans les cas graves (nous devons dire qu'ils sont rares), la peau se cyanose de plus en plus; la toux s'éteint comme dans le croup; l'asphyxie fait peu à peu des progrès, et la mort a lieu après plusieurs accès de suffocation.

Le *spasme de la glotte* est une maladie sur laquelle la médecine possédait, il y a peu de temps encore, des notions si vagues et si peu précises, que nous croyons devoir en emprunter la description à une excellente thèse de M. Hérard (*Thèses de Paris*, 1847). C'est une affection intermittente, essentiellement caractérisée par de très-courts accès de suffocation, que séparent des intervalles plus ou moins longs d'une santé en apparence parfaite. Aucun phénomène précurseur ne signale l'invasion de l'attaque. Qu'elle survienne avec ou sans causes appréciables, pendant le sommeil de l'enfant ou au milieu de ses jeux, le début en est le même. Tout à coup la respiration se suspend ; il semble que la glotte vienne d'être brusquement close ; pendant quelques secondes, il y a menace de suffocation, et la physionomie de l'enfant trahit une vive angoisse. La bouche est largement ouverte, comme pour aspirer l'air qui lui manque, la tête se renverse en arrière, les yeux sont fixes dans leurs orbites, le visage devient bleu ; il y a, en un mot, asphyxie commençante. Après dix à vingt secondes, pendant lesquelles il y a eu cessation complète des mouvements respiratoires, l'enfant reprend tranquillement haleine sans qu'on puisse constater aucun autre phénomène ; presque

toujours l'attaque se termine par une inspiration sonore, aiguë, fine, convulsive, qui constitue, à vrai dire, le signe pathognomonique, souvent unique, du spasme de la glotte. Il est rare que l'attaque ne se compose que d'une seule de ces inspirations caractéristiques ; ordinairement on peut en compter cinq ou six consécutives, sans expirations intermédiaires, ou séparées les unes des autres par une expiration tantôt insonore, tantôt bruyante et non convulsive, tantôt enfin et plus rarement saccadée et convulsive. Pendant l'accès de suffocation, la plupart des principales fonctions éprouvent un trouble passager ; le pouls s'accélère, devient petit, souvent à peine sensible ; les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers ; la poitrine reste immobile, mais chaque inspiration lui communiqne un léger ébranlement, et si on l'ausculte, on n'entend plus l'expansion vésiculaire ; la tête est renversée en arrière ; les veines du visage et du cou se gonflent ; la peau se couvre d'une sueur froide ; des évacuations involontaires ont lieu. Il n'y a pas de toux, pas de douleur au larynx ; le timbre de la voix est à peine modifié ; le fond de la gorge ne présente ni rougeur, ni fausses membranes. L'intelligence est conservée. En même temps, on remarque un phénomène tout particulier, la *contracture des extrémités*. La durée ordinaire des accès varie entre quelques secondes et une ou deux minutes. Leur nombre est très-variable. Dans les premiers temps de la maladie, ils sont en général rares, et on ne les observe guère que tous les mois, toutes les semaines, sans type déterminé, aussi bien le jour que la nuit ; peu à peu ils se rapprochent et finissent par éclater tous les jours et toutes les heures. Dans l'intervalle des accès, l'enfant semble jouir d'une santé parfaite ; il reprend ses jeux, sa gaîté ou se rendort paisiblement, et rien ne saurait faire soupçonner le danger qui vient de menacer sa vie et la menace prochainement encore. Respiration facile, pouls calme ; pas de fièvre, ni de toux ; voix et cris naturels ; appétit bon, et si le spasme n'est pas compliqué d'une autre maladie qui, dans ce cas, suit son cours ordinaire, toutes les fonctions s'exécutent parfaitement bien ; c'est à peine si quelquefois, après l'attaque, l'enfant paraît fatigué, abattu, un peu plus irritable, sujet à la constipation et aux contractures des extrémités. Mais lorsque l'affection dure depuis longtemps, que les accès de suffocation sont violents et répétés, on constate souvent dans les intervalles un état de souffrance générale, résultat inévitable des troubles apportés à l'hématose. Les enfants s'affaiblissent insensiblement, maigrisent, deviennent de plus en plus maussades et finissent par tomber dans l'assoupissement. Quelquefois leur

sommeil est interrompu par des frayeurs subites. Le pouls s'accélère, l'appétit diminue, la diarrhée survient; les paupières et les lèvres se recouvrent de croûtes. L'enfant est pris de fièvre hectique, qui le mène lentement au tombeau, s'il n'est emporté au milieu d'une attaque.

Il nous reste, pour compléter le cadre des affections du larynx, à parler de la *laryngite proprement dite* et de l'*angine laryngée œdémateuse*. La *laryngite simple*; tantôt caractérisée anatomiquement par une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse laryngienne, tantôt offrant des ulcérations, des érosions plus ou moins nombreuses, principalement sur les cordes vocales inférieures, ainsi que nous avons eu nous-même l'occasion de le constater récemment dans le service de M. Blache, cette laryngite présente dans sa forme légère un enrouement bientôt suivi d'aphonie, sans oppression, la raucité de la toux, un peu d'accélération de la respiration, peu ou point de fièvre, et pas de phénomènes asphyxiques. Dans sa forme grave, au contraire, le mouvement fébrile est intense, accompagné d'agitation et de raucité de la voix et de la toux. La respiration est acélérée, et accompagnée d'un ronflement laryngo-trachéal très-marqué et continu. L'expectoration manque ou elle est seulement composée de mucosités. La dyspnée est vive et continue, *sans accès de suffocation proprement dits*. La fièvre est intense, le pouls petit, la face violacée, le cou tuméfié; plus tard, la voix est complétement *éteinte*, la suffocation de plus en plus marquée, les traits altérés, et la mort a lieu au milieu des convulsions ou par la propagation des accidents à l'arbre bronchique et au tissu pulmonaire.

Quant à l'*angine laryngée œdémateuse*, soit qu'elle succède (comme chez l'adulte) à une inflammation ancienne et chronique du larynx, soit, au contraire, qu'elle présente l'expression d'un état général (comme par exemple, dans les hydropisies qui suivent la scarlatine), ses symptômes diffèrent peu de ceux qu'offre cette affection dans l'âge adulte; c'est-à-dire des accès de suffocation dans lesquels l'inspiration est infiniment plus gênée que l'expiration, qui paraît presque entièrement libre et aussi passive qu'à l'état normal, sans aucun bruit particulier, sans altération dans le timbre de la voix, et au milieu desquels la mort a lieu par asphyxie. D'un autre côté, si l'œdème est prononcé, on peut sentir à la partie supérieure du larynx une tumeur avec le doigt.

Que si maintenant nous rapprochons l'observation placée en tête de ce chapitre des courtes descriptions que nous avons tracées des principaux états morbides qui peuvent atteindre le larynx, on verra que cette observation doit être rapprochée de

ce groupe de maladies, dans lesquelles l'élément convulsif n'est pas prédominant. En effet, pour peu qu'on ait parcouru avec attention ces descriptions, on a vu que, à côté d'affections où l'*élément spasmodique* est la lésion principale, comme dans le *spasme de la glotte*, il en est d'autres où l'*élément nerveux* marche à peu près sur le même plan que l'*élément phlegmasique* (*laryngite striduleuse* ou *faux croup*) ; il en est d'autres encore où l'altération phelgmasique constitue presque tout le danger de la maladie, et où l'élément spasmodique ne s'ajoute que par intervalle, et en quelque sorte comme dernier terme de la souffrance de l'organe (le *croup* et l'*angine laryngée œdémateuse*). Viennent enfin les *laryngites simples* érythémateuses ou ulcéreuses, dans lesquelles l'élément spasmodique manque très-souvent, n'existe que pendant un temps fort court, et ne joue qu'un rôle peu important dans la marche et dans la terminaison de la maladie.

Cette distinction entre les diverses maladies du larynx, d'après le caractère général de leurs symptômes, et d'après la manière dont ils se groupent, établit déjà une séparation entre un certain nombre de ces maladies. Mais il faut aller plus loin ; c'est surtout au point de vue des maladies les plus graves que le diagnostic différentiel doit être établi. De ces maladies, deux surtout (le *croup* et le *spasme de la glotte*) méritent de fixer l'attention.

Le croup est, dans l'immense majorité des cas, précédé de prodromes notables ; et ses lésions fonctionnelles n'apparaissent que successivement. Le *faux croup*, la seule affection que l'on puisse confondre avec lui, est le plus souvent sans prodromes ; ou bien lorsqu'il en existe, ceux-ci sont à peine notables, et ne consistent qu'en un léger enrouement ou un léger rhume. Le faux croup commence ordinairement par un accès subit arrivant la nuit. Les phénomènes de l'accès ressemblent beaucoup à ceux du croup vrai ; mais ils en diffèrent par l'absence d'aphonie, par le caractère de l'inspiration, qui est moins étouffée, moins déchirée que celle du croup, et qui est plutôt accompagnée d'une sorte de sifflement laryngo-trachéal qui s'entend à distance. L'agitation et les phénomènes de réaction sont plus prononcés ; et un accès de faux croup est quelquefois plus effrayant en apparence qu'un accès de coup vrai. D'ailleurs, dans le faux croup, les fausses membranes manquent complétement.

Le *spasme de la glotte* a été souvent confondu avec le *croup* et le *faux croup*. Mais dans le spasme de la glotte, il n'y a pas de toux ; la voix est naturelle ; le sifflement laryngo-trachéal n'existe pas ; car on ne peut comparer cette inspiration sonore convulsive, brève et intermittente du spasme de la glotte, avec le sifflement

continuel du croup. Il n'y a point de fièvre ; pas de fausse membrane expectorée; la maladie enfin est intermittente dans toute la rigueur du mot ; tandis que, dans le *croup*, les symptômes sont persistants avec exacerbation. Quant au *faux croup*, le spasme de la glotte en diffère par l'absence de toux et le sifflement laryngo-trachéal, par la courte durée de l'accès, qui est à peine de quelques secondes, par le retour des accès aussi bien le jour que la nuit, par le retour complet à la santé dans les intervalles, par la longue durée de la maladie, par sa haute gravité. Ce qui achève encore de distinguer le spasme de la glotte du croup et du faux croup, c'est que cette maladie appartient presque exclusivement à la première enfance (de 3 à 18 mois) ; tandis que les deux autres se montrent de 2 à 7 ans.

Avoir déterminé, comme nous l'avons fait plus haut, le rôle et l'importance des divers éléments morbides, dans chacune des maladies principales du larynx, n'est-ce pas avoir établi, en quelque sorte, les bases du traitement à instituer dans chacune d'elles? Le *spasme de la glotte*, maladie exclusivement convulsive, réclamera naturellement un traitement propre à agir d'une manière plus ou moins efficace sur le système nerveux. Les antispasmodiques, parmi l'oxide et l'hydrocyanate de zinc, l'assa fœtida, le musc à haute dose, l'eau de laurier-cerise, sont les seuls moyens dont la médecine ait retiré quelque avantage. Dans le *faux-croup* ou *laryngite striduleuse*, c'est-à-dire dans une maladie où l'élément nerveux se trouve uni à l'élément inflammatoire, on pourrait être porté à penser que les anti-phlogistiques rendraient de grands services. Nous devons dire cependant que, à l'hôpital des Enfants, les émissions sanguines réussissent mal, et que MM. Blache et Guersant préfèrent de beaucoup l'administration d'un vomitif avec sirop d'ipécacuanha, 20, 30, ou 40 grammes, et poudre d'ipécacuanha, 20, 30 ou 40 centigrammes. Si nous en jugeons cependant par quelques faits qui ont passé sous nos yeux dans la pratique civile, les émissions sanguines seraient utiles, dans certaines limites, chez les enfants des classes aisées de la société, atteints de croup et de faux-croup.

Si le *faux-croup* est compliqué d'*angine couenneuse*, ce qui peut faire craindre l'invasion prochaine d'un véritable croup, toute hésitation est impossible ; et à l'emploi des vomitifs si naturellement indiqués dans le croup, il faut ajouter encore cette autre médication, qui fait également partie du traitement du croup, à savoir la cautérisation répétée du fond de la gorge avec une éponge imprégnée d'une solution de nitrate d'argent, au

quart ou même au tiers. Reste à savoir si dans les cas de croup, faux-croup, spasme de la glotte, où la vie paraît immédiatement menacée par la gravité des accès du suffocation ; reste à savoir si la trachéotomie ne doit pas être pratiquée. Cette question n'est malheureusement pas tranchée encore d'une manière définitive. Mais quelles que soient les incertitudes qui pèsent sur cette partie de la pratique médicale, nous voyons dans cette opération une espèce de ressource de conscience, et nous ne comprenons guère comment le médecin pourrait demeurer impassible, en présence d'accidents qui menacent très-prochainement la vie, lorsqu'il a entre ses mains un moyen, douteux sans doute, mais qui compte aussi d'incontestables succès.

Ce que nous venons de dire de ces trois maladies, nous le dirons aussi de l'*angine laryngée œdémateuse :* aussitôt que la suffocation est imminente, la trachéotomie est indiquée.

Reste la *laryngite simple.* D'après l'observation que les lecteurs ont eue sous les yeux, il est facile de voir que ce qui fait la gravité de la laryngite n'est pas tant l'inflammation du larynx en général que la propagation de cette inflammation à l'arbre bronchique et au tissu pulmonaire. Ce n'est pas la laryngite qui tue en général, c'est la broncho-pneumonie. Il suit de là que le traitement doit être principalement dirigé contre la complication. Seulement (et c'est là une circonstance heureuse) les mêmes moyens qui servent à combattre avec succès la broncho-pneumonie réussissent également dans la laryngite simple. Les vomitifs et le tartre stibié à dose contro-stimulante constituent des moyens aussi efficaces contre la première que contre la dernière de ces maladies.

Terminons ce qui a rapport au traitement par une considération qui ne saurait jamais être oubliée dans la thérapeutique des maladies de la première et de la seconde enfance : c'est que les émissions sanguines sont rarement indiquées dans le traitement des phlegmasies de l'appareil respiratoire ; et que, lorsqu'elles sont indiquées, elles ne doivent jamais être portées aussi loin que chez l'adulte.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. *Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice tssticulaire ;* par L. GOSSELIN, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.

(Suite et fin : *voir* t. II, février 1848, p. 88 ; t. III, mars 160.)

(Archives générales de Médecine, février 1848.)

Je crois, pour ma part, que les grands kystes de l'épididyme, dont j'ai donné la description, sont le siége principal de ces liquides troubles renfermant des spermatozoaires, et je ne comprends, quant à présent, l'existence des animalcules dans la tunique séreuse elle-même que de deux manières : ou bien, parce qu'une rupture et un épanchement consécutif du kyste ont eu lieu, chose possible, mais dont je n'ai pas la démonstration anatomique; ou bien, parce qu'en plongeant le trois-quarts dans une hydrocèle ordinaire, le chirurgien aura atteint un kyste coïncidant avec cette hydrocèle.

Mais si, par ce qui précède, j'éloigne la discussion qui aurait pour but de déterminer la cause de la présence des zoospermes dans l'hydrocèle ordinaire, je ne puis l'écarter de même pour leur présence dans les hydrocèles enkystées, et je pose dès lors cette question : comment peut-on concevoir la présence des animalcules spermatiques dans les grands kystes de l'épididyme et du testicule ? Il y a d'abord un rapport de voisinage qui permet de croire à la communication des voies séminifères avec la cavité du kyste. Mais je n'ai pu démontrer jusqu'ici cette communication; l'examen de l'intérieur de la poche m'a toujours fait voir une cavité lisse, sans aucune apparence qui indiquât en certains points la présence de la substance de l'épididyme, et j'ai dit en outre que je n'avais pas vu encore les injections remplir la cavité du kyste. Je suis bien convaincu enfin que, sur les pièces soumises à mon examen, les canaux séminifères de l'épididyme ne pouvaient rien verser dans le kyste.

A s'en rapporter à ce résultat, la présence des spermatozoaires ne pourrait être expliquée que de deux façons : ou bien par une transsudation, ou bien par une formation de ces animalcules dans la poche elle-même. Je ne puis accepter ni l'une ni l'autre de ces explications. D'abord, une transsudation, une sorte d'exosmose me paraît impossible, à cause de l'épaisseur des parois, et si l'on pouvait imaginer que le sperme eût ainsi la facilité de quitter ses conduits, de les traverser, et de s'engager ensuite à travers une membrane accidentelle assez épaisse, on ne voit pas trop pourquoi la chose n'aurait pas lieu aussi en l'absence du kyste, et l'on

sérait étonné que la nature eût imposé à un liquide aussi important une barrière si facile à franchir ; d'ailleurs, pourquoi les petits kystes n'auraient-ils pas aussi le privilége de recevoir du sperme par transsudation ou exosmose ?

Je rejette l'idée d'une transsudation, parce qu'elle est contraire à la physiologie, et pour la même raison je n'accepterai pas davantage l'opinion de la formation des animalcules dans le kyste lui-même, opinion avancée avec un peu d'hésitation par M. James Paget : d'abord les zoospermes sont les résultats d'une sécrétion portée à un très-haut degré de puissance ; or, les produits sécrétés en général, et à plus forte raison ceux qui, comme celui-là, indiquent un grand déploiement des forces sécrétoires, ont dans tous les points de l'économie des organes spéciaux, des voies d'élaboration. Le produit se fait là et point ailleurs ; pour le sperme et les animalcules, le lieu d'élaboration est dans les tubes séminifères, et les lois physiologiques ne permettent pas de croire qu'un kyste accidentel, sans aucune communication avec ces tubes, puisse donner naissance à un produit semblable. Les kystes du testicule ne sont pas plus capables de produire des animalcules, que ceux de l'ovaire des ovules, et ceux du rein de l'urine. Et voyez d'ailleurs à quelle bizarrerie cette idée nous conduirait ; les kystes peuvent renfermer des animalcules en grand nombre, tandis que les voies séminales n'en ont pas ; et ainsi la nature aurait privé la glande elle-même de son pouvoir sécréteur, pour le donner à une poche accidentelle. Tout cela pour moi est absolument inadmissible.

En présence de ces difficultés, j'explique la présence des spermatozoaires par une rupture de quelques vaisseaux séminifères ou des conduits efférents ; rupture peut-être consécutive à ces oblitérations de la tête de l'épididyme dont j'ai parlé dans mon précédent travail ; le sperme trouve une issue au dehors de ses voies naturelles, et peu à peu une membrane accidentelle l'environne, l'enkyste, et fournit par elle-même un liquide qui s'ajoute au contenu primitif ; en même temps le canal ou les canaux rompus, comprimés par le développement de la tumeur, se cicatrisent, s'oblitèrent de telle sorte, qu'il ne reste plus aucune trace de l'altération primitive.

Je ne me dissimule pas que cette explication a l'inconvénient de ne pouvoir jusqu'à présent s'appuyer sur des faits anatomiques. Cela tient sans doute à ce que l'altération primitive ne s'est pas rencontrée sur les testicules nombreux explorés par nous, ou bien à ce qu'elle nous a échappé, à cause des difficultés qu'elle doit offrir ; mais il s'agissait de choisir ici entre plusieurs théo-

ries également impossibles à démontrer matériellement ; les unes étaient en opposition avec les lois de la physiologie, l'autre peut s'accorder avec ces lois ; nous n'avons donc point hésité, espérant d'ailleurs que de nouvelles études, faites par nous ou par d'autres, apporteront les preuves anatomiques dont je n'ai pas craint de montrer l'insuffisance dans ce travail.

En tout cas, il y a dans cette étude des grands kystes de l'épididyme un intérêt pratique, et il est à désirer qu'en France cette variété de l'hydrocèle enkystée soit connue avec plus de précision. Voici d'ailleurs à quels symptômes on pourra la distinguer : quand la tumeur n'est pas encore assez volumineuse pour simuler une hydrocèle de la tunique vaginale, elle se présentera sous l'aspect d'une bosselure placée dans le scrotum à sa partie antérieure et moyenne. Cette bosselure sera de forme arrondie, sans changement de couleur à la peau ; en fixant aussi bien que possible la tumeur, on y sentira de la fluctuation ; enfin, elle offrira de la transparence.

La tumeur est parfaitement distincte du testicule et placée immédiatement au-dessus de lui ; on le constate par le toucher, qui fait reconnaître la consistance de cet organe, et par les pressions un peu fortes, qui éveillent une douleur caractéristique.

Quand une tumeur semblable se présente au chirurgien, comme dans le fait que j'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine, on ne peut hésiter qu'entre deux choses, savoir : une hydrocèle enkystée, à la partie inférieure du cordon, ou un kyste de l'épididyme. L'hydrocèle enkystée au bas du cordon est assez rare, et en général n'est point aussi rapprochée du testicule que le sont les kystes : il peut y avoir là cependant une petite difficulté qui serait éclairée par la ponction. Si le liquide est trouble, opalin, on ne devra pas douter de l'existence d'une tumeur enkystée de l'épididyme, et la constatation des zoospermes ne laissera plus aucun doute à cet égard.

Ces kystes ont d'ailleurs une marche assez lente, et ils ne gênent les malades que lorsqu'ils sont arrivés au volume d'une noix et qu'ils compriment douloureusement le testicule et l'épididyme. Mais comme ils n'en viennent là qu'au bout d'un temps assez long après leur début, c'est pour cette raison que les chirurgiens ne sont pas souvent appelés à voir des cas de ce genre.

Maintenant, quel doit être le traitement ? La méthode palliative suffira-t-elle ? une méthode curative est-elle préférable ? Ici je ferai encore une remarque relativement à l'accroissement très-lent de ces kystes : une ponction étant faite, il y a chance pour que la maladie se reproduise aussi lentement qu'elle était venue,

et qu'ainsi un bon nombre d'années se passent avant que la tumeur soit redevenue gênante. Je comprendrais dès lors que l'on se contentât de pratiquer une ponction, et je vois que Brodie, sans être tout à fait affirmatif, est cependant disposé à donner ce précepte d'une manière générale. Ce chirurgien ajoute même, en faveur de la ponction pure et simple, un argument, c'est que les injections dans ces cas n'empêchent point la récidive d'avoir lieu. On comprend, en effet, que la surface interne du kyste, n'étant pas de nature sérieuse, n'a pas la même aptitude que la tunique vaginale, par exemple, à contracter l'inflammation adhésive et à produire une oblitération.

Je crois cependant qu'on ne peut pas donner comme une chose absolue cette impossibilité de cure radicale insinuée par Brodie, et le malade que j'ai opéré me le fait penser; car sur ce sujet, deux mois après l'opération, il ne restait plus à la place du kyste qu'un noyau dense et dur, semblant formé par une masse solide sans persistance de la cavité.

Comme d'ailleurs la teinture d'iode a l'avantage de ne pas donner lieu à une inflammation violente ni à des accidents sérieux, je ne vois aucun inconvénient à faire une injection de ce liquide après l'évacuation de la poche. Le chirurgien doit savoir seulement, et au besoin prévenir son malade que la guérison définitive n'arrive pas aussi facilement que dans l'hydrocèle ordinaire de la tunique vaginale.

Après tout, la ponction simple ou la ponction suivie d'une injection iodée peuvent être employées à peu près indifféremment dans ces cas; pour plus de sûreté seulement, et parce qu'elle n'offre aucun inconvénient, je donne la préférence à l'injection iodée.

Pour ce qui est du traitement de ces kystes par l'incision et l'excision, j'en rejette l'emploi. Outre que ces opérations peuvent entraîner à leur suite des accidents plus sérieux que ne feraient les précédentes, il est clair, d'après ce que nous a démontré l'anatomie pathologique, que l'instrument tranchant atteindrait facilement et pourrait blesser la tête de l'épididyme ou les vaisseaux efférents. Il ne faudrait donc songer à ces moyens que si les parois de la poche s'étaient épaissies et transformées, comme font quelquefois celles de l'hydrocèle commune. Je n'ai du reste eu jusqu'à présent aucun exemple de grands kystes, dont les parois fussent dans cet état qui pourrait donner lieu à l'indication dont il s'agit.

16. *Leçons sur les blessures par armes à feu*

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 124.)

(Gazette des Hôpitaux, Nos 29 et 31 ; 1848.)

Gangrène. Pronostic. Traitement. Faut-il amputer immédiatement, ou attendre la limitation?

Le pronostic de la gangrène comprend deux éléments : les dangers de la gangrène eu égard au membre, ses dangers eu égard à la vie du malade.

La gangrène qui survient par suite de plaies par armes à feu est d'un pronostic plus grave que celle qui est consécutive à des plaies ordinaires; mais il est une espèce de gangrène encore plus redoutable, c'est celle qui est spontanée. Il faut bien se pénétrer de cette distinction de la gangrène en spontanée et en accidentelle.

La gangrène spontanée est plus dangereuse ; d'abord, parce qu'elle est liée à une cause générale, à une constitution mauvaise, débilitée ; puis parce qu'elle dépend généralement d'une lésion organique des vaisseaux, telle que l'artérite, la dégénérescence crétacée, tuberculeuse, des artères. Contre cette espèce de gangrène on ne peut rien.

La gangrène accidentelle, quoique pouvant être très-grave, ne l'est pas autant que celle qui est spontanée; car si elle prend de même sa source dans des altérations des parties molles, des vaisseaux, des nerfs, etc., on peut espérer au moins que cette lésion traumatique ne s'étendra pas, et que la mortification restera limitée.

Dans la gangrène accidentelle, il est encore des variétés quant à la gravité. Ainsi, il est évident que son siége, son étendue, modifient son pronostic. La gangrène des orteils est moins grave que celle de la jambe, etc.

Nous avons déjà dit que la gangrène par armes à feu était plus grave que celle par plaies ordinaires, et que, parmi les cas de la première catégorie, ceux où la plaie avait été produite par des éclats d'obus, de biscaïens, étaient les plus dangereux, parce que ces projectiles ne peuvent guère léser isolément les vaisseaux ou les nerfs, et que tous les tissus participent, en général, aux désordres. Enfin, une des causes qui contribuent à rendre grave le pronostic dans la gangrène par armes à feu, c'est l'infection générale qui peut se montrer, et influer défavorablement sur l'économie.

Au milieu de tout cela il est un pronostic qui ne varie guère, c'est celui qui regarde le sort du membre lui-même. La partie gan-

grenée est définitivement perdue; il faut en faire le sacrifice.

Nous arrivons maintenant à la question du traitement, question qui domine toutes les autres en pareil cas.

Que faut-il faire? Faut-il amputer les parties mortifiées, ou serait-il mieux de les laisser tomber d'elles-mêmes?

Autrefois, quand on ne connaissait pas nos moyens hémostatiques actuels, les chirurgiens préféraient laisser à la nature le soin de détacher les parties mortes, plutôt que de pratiquer l'amputation. Aujourd'hui cette opinion est généralement abandonnée; d'abord, parce qu'ayant à notre disposition la ligature, la torsion, etc., on ne redoute plus les hémorrhagies dans les amputations; ensuite, parce qu'en suivant l'ancienne méthode, l'os faisait une saillie considérable, et l'on obtenait un moignon très-difforme et donnant lieu à de grands inconvénients.

On a donc recours à l'amputation; mais comme on agit ainsi dans le but de sauver la vie du malade, on doit se demander dans quels cas il faut la pratiquer. On peut dire que, si l'état général est bon, on doit opérer; que si, au contraire, l'économie est très-détériorée, s'il existe des lésions multiples graves, il ne faut pas opérer, car l'amputation ne serait qu'une nouvelle cause de mort ajoutée à celle qui existe déjà.

Maintenant se présente cette question : Faut-il amputer pendant que la gangrène marche, ou vaut-il mieux attendre que ses progrès soient arrêtés; autrement dit, faut-il attendre sa limitation?

En faveur de cette dernière opinion, on a mis en avant plusieurs arguments. D'abord la gangrène est une cause de gangrène, c'est-à-dire qu'elle se propage de proche en proche; il existe une sorte d'altération moléculaire des parties telle, que la gangrène s'y montrera malgré l'amputation. De plus, il arrive souvent que la lésion vasculaire, l'oblitération artérielle, s'étend plus ou moins au-dessus de la gangrène apparente, de façon qu'en opérant sur des parties extrêmement saines, on opère en effet au-dessous de l'oblitération, et que la gangrène peut apparaître dans le moignon. En troisième lieu, on a dit que, dans les plaies par armes à feu, il y avait une commotion, un ébranlement, un état de stupeur, une sorte d'empoisonnement; de sorte que, devant un état général tel, on ne pouvait pas savoir où s'arrêterait la gangrène, et que l'amputation, enfin, ne servirait qu'à hâter la mort.

Il y a dans tout ceci quelque chose de fondé; mais il faut revenir à la division établie au commencement de cette leçon. Dans la gangrène spontanée, dans la gangrène suite de lésions

organiques de l'artère, il vaut mieux attendre la limitation ; mais dans la gangrène par lésion externe, par broiement. etc., M. Velpeau croit qu'il faut se hâter, et précisément pour une des raisons qu'on a invoquées à l'appui de l'opinion opposée, parce que la gangrène est cause de gangrène, et que le meilleur moyen de soustraire le reste du membre à cette tendance fâcheuse est d'enlever la partie mortifiée. De plus, un membre gangrené est encore plus que la plaie elle-même un foyer redoutable d'infection générale. Enfin, il y a une sorte de réactien contre la tendance à la mortification des parties voisines, qui concourt aussi à épuiser le malade.

Il est une distinction faite par Larrey, et qui mérite d'être indiquée ; la gangrène de certaines régions permet la temporisation, tandis qu'il n'en serait pas de même en d'autres points. Ainsi, en présence d'un doigt ou d'un orteil gangrené, on peut temporiser ; car ici on a de la marge, et si la mortification continue de marcher, on en sera quitte pour amputer un peu plus haut ; mais il en sera tout autrement si la gangrène siége au corps d'un membre : ce sera encore le cas d'appliquer l'adage : *Melius est anceps remedium quàm nullum.*

On doit aussi faire une remarque ; c'est que la gangrène paraît agir rapidement sur l'économie. Ainsi, les malades que nous avons amputés avaient un aspect peu rassurant ; ils étaient jaunes, affaiblis, et cependant il n'y avait pas de signes de lésions viscérales.

Il y a ici quelque chose d'analogue à ce que nous avons noté à propos des amputations primitives et secondaires. Nous avons dit que les malades opérés secondairement avaient peut-être plus de chances de salut, en ce sens qu'ils avaient franchi les périodes les plus dangereuses, ce qui indiquait une plus grande force de résistance ; il en est de même dans le cas actuel. Les malades opérés après limitation ont franchi les dangers, et sont arrivés à une période favorable ; mais si l'opération en elle-même réussit mieux, ce n'est pas une raison pour attendre, car, au total, en agissant de la sorte, on perdrait peut-être plus de malades.

Maintenant nous n'avons plus guère à redouter la gangrène chez nos malades ; elle ne se montre que dans les huit premiers jours, et cela par une raison très-simple : c'est qu'elle tient en général à une lésion de gros vaisseaux, et qu'un membre ne peut pas rester plus de quelques jours sans circulation.

Débridement. Extraction des corps étrangers.

Après l'examen de la question de la gangrène s'en présente une autre ; c'est celle du traitement des blessures par les armes à feu en tant que plaies.

Ce traitement a singulièrement varié, et encore aujourd'hui il est loin d'être le même pour tous les chirurgiens. Il fut un temps où l'on commençait toujours par débrider, par fendre les bords de la plaie, et des chirurgiens de nos jours suivent encore cette pratique. Les anciens étaient dirigés par cette idée, qu'une plaie ronde ne pouvait pas guérir ; que, pour rendre la cicatrisation possible, il fallait qu'on pût en rapprocher les bords, et c'est dans ce but qu'ils incisaient la plaie. Plus tard, on comprit qu'une plaie circulaire pouvait se cicatriser, mais on continua de débrider pour un autre motif : dans le but de prévenir l'étranglement, le boursouflement. Enfin, on débride encore pour faciliter l'extraction de corps étrangers.

Cette dernière opinion est la plus raisonnable. En effet, il est rare qu'il n'entre pas quelques corps étrangers dans la plaie, soit des morceaux de vêtements emportés par la balle comme par un emporte-pièce, soit de la bourre, soit enfin le projectile lui-même, balle, chevrotine, morceaux de plomb, de cailloux, etc. Pour reconnaître et enlever ces corps étrangers, il faut pénétrer dans la plaie, soit avec un stylet, soit avec le doigt, soit avec des pinces, etc : et souvent on ne pourrait y parvenir sans l'opération préalable du débridement. Mais, considéré sous ce point de vue, ce moyen n'est plus d'un emploi général. Si le corps étranger a traversé le membre, s'il est situé à peu de profondeur, près de l'ouverture d'entrée, il est inutile de débrider.

Mais le débridement est-il utile, comme l'entendaient les anciens ? D'abord, quant à son utilité pour la cicatrisation des plaies rondes, nous savons qu'elle a parfaitement lieu sans le débridement.

Pour la deuxième raison, elle n'aurait pas non plus une grande valeur ; il est très-rare effectivement que les accidents qu'on observe soient ceux de l'étranglement ; quelquefois, il est vrai, on voit les tissus sous-jacents venir s'engager dans l'orifice et proéminer au dehors ; mais cela est très-peu fréquent ; ce serait seulement dans ce cas qu'on pourrait accuser l'étranglement.

Ce qui a pu induire en erreur, c'est précisément l'usage où l'on était de débrider toutes les plaies d'armes à feu ; comme un grand nombre de ces blessures guérissent, quelque traitement qu'on emploie, on a attribué au débridement toutes les guéri-

sons qu'on observait. Ce qu'il faudrait pour décider la question, c'est un examen comparatif des deux méthodes. C'est, du reste, ce qui a été fait en 1830, sinon avec une grande exactitude, au moins d'une manière approximative. Dupuytren débridait toutes les plaies; Lisfranc s'en abstint dans tous les cas. A Saint-Louis on ne débride pas. M. Velpeau ne mit ce moyen en usage que dans deux cas seulement. On obtint des succès à peu près égaux.

On a dit que ce moyen était dangereux; mais M. Velpeau pense qu'il est seulement inutile. Effectivement deux incisions simples pratiquées en deux points opposés d'une plaie n'augmenteront en rien sa gravité.

Une autre question de thérapeutique est relative aux corps étrangers dont nous venons de parler. Est-il de rigueur de procéder immédiatement à leur extraction? Suivant M. Velpeau, on doit enlever tout corps étranger qui est libre dans la plaie et qui n'exige pas pour son extraction la production de nouveaux dégâts. Mais s'il s'agit de corps étrangers encore adhérents aux tissus; tels que les fragments d'un os fracturé comminutivement, alors il n'en est plus de même; il vaut mieux attendre, d'autant plus que ces fragments sont souvent broyés et mêlés aux tissus, et qu'il est impossible de les enlever; tandis que la suppuration les détachera comme elle détache les couches mortifiées du trajet de la plaie, et qu'on pourra alors les extraire facilement.

Quant aux projectiles eux-mêmes, il arrive souvent qu'on ne sait pas où ils sont situés, ou bien ils se trouvent dans une région dangereuse. Ainsi, une balle peut frapper le devant de la poitrine et aller se loger à sa partie supérieure. Dans ce cas, il n'est pas indiqué de l'extraire nécessairement, car souvent elle ne pénètre pas directement dans la poitrine, mais elle contourne ses parois, déviée qu'elle est par la courbure des côtes et de leurs cartilages. Dans ce cas, l'opération ne ferait que substituer deux plaies à une seule; on favoriserait l'entrée de l'air dans le trajet de la plaie et l'on courrait risque de permettre aussi son entrée dans la plèvre. Si, au contraire, la balle a parcouru directement la cavité de la poitrine et lésé les viscères qui y sont contenus, le danger ne consistera nullement ici dans la présence de la balle, et il ne sera pas indiqué de l'extraire. A plus forte raison doit-on se garder d'extraire la balle si elle se trouve dans des régions comme le pli de l'aine, le creux de l'aisselle, etc.... D'ailleurs, on doit noter que la présence de corps étrangers ronds, comme des balles, n'est généralement pas dangereuse; les tissus s'y habituent facilement. On trouve, dans le *Traité des phlegmasies chroniques* de Broussais, l'observation d'un malade

chez lequel une balle s'était logée à la racine des bronches. M. Velpeau eut occasion de voir un vieux militaire qui avait, depuis vingt-cinq ans, logée dans le jarret, une balle qu'il avait reçue en 1813. On pourrait citer une foule de cas analogues. En effet, ces balles s'entourent d'une sorte de petit sac, d'enveloppe synoviale qui les isole.

---

17. *Note sur les indications de l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées*; par M. Michel Guyton, interne à l'Hôtel-Dieu.

(Gazette médicale de Paris, n° 16; 1848.)

Un nouvel essai de chloroforme, dans deux cas de hernie étranglée, nous permet de limiter les indications de son emploi, et de lui assigner une partie de la valeur thérapeutique sur laquelle on doit compter. Les deux faits précédents, avec leurs caractères si tranchés, si faciles à constater, portaient en eux-mêmes une signification incontestable que rien ne peut leur en lever. Cependant, à côté d'eux, je n'ai pas tardé à rencontrer d'autres cas où les choses ne se passèrent pas de la même manière. L'examen des conditions devait donner l'explication de ces différences, et en effet, elle ressortira de l'analyse même des observations suivantes.

Hernie inguinale droite étranglée; entéro-épiplocèle; épiploon volumineux, adhérent; anse intestinale petite, cachée par la masse graisseuse; irréductibilité; opération.

Obs. I. — Ménard, relieur, 43 ans. Entré le 23 mars 1848, salle Sainte-Marthe, 57.

Hernie inguinale droite depuis l'âge de 15 ans, habituellement contenue par un bandage; elle sortait quelquefois, se réduisait facilement. Mais depuis quatre ans, une portion dure, insensible à la pression, ne déterminant ni coliques ni douleur, est devenue irréductible. Le malade appliquait la pelote par-dessus pour maintenir l'intestin. La hernie n'a jamais causé d'accidents.

Il y a huit jours, augmentation subite de la tumeur pendant la nuit sans cause appréciable. Le bandage avait été retiré le soir. Le malade se réveille avec de vives souffrances. Un médecin est appelé le matin même; il fait inutilement le taxis, ordonne le repos au lit, des cataplasmes. Le lendemain soir, mêmes efforts sans plus de résultats; ils furent renouvelés encore plusieurs fois. Les douleurs allaient en augmentant de jour en jour. Hier, 22, les vomissements ont commencé dans le tantôt; le médecin est revenu ce matin, et a décidé le malade à entrer à l'hôpital,

après avoir essayé de réduire, toujours inutilement. Toutefois, on nous assure que la tumeur a diminué sous ces derniers efforts, qu'elle est bien moins volumineuse. Il n'y a pas eu de selles dans les huit jours.

Je trouve à l'examen : le ventre un peu ballonné, contracté, douloureux ; du côte droit, une tumeur logée dans le canal inguinal et le scrotum, dont la peau conserve sa couleur normale. Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule, mais est plus allongée ; elle est mate à la percussion, peu douloureuse quand on la comprime et offre la consistance d'une masse graisseuse.

Je fais respirer le chloroforme. L'insensibilité arrive vite ; cependant la prostration n'est pas aussi prononcée que d'habitude. Le malade fait quelques mouvements, roidit les bras. Je ne puis réduire, diminuer la tumeur; je ne sens pas de gargouillement. Je refoule la hernie vers l'anneau sans la faire rentrer. Je la manie encore à plusieurs reprises, je n'obtiens rien. Je recueillis alors les détails que j'ai donnés plus haut, et comme le malade m'assurait que la tumeur avait diminué sous les derniers efforts des médecins, et que depuis ses souffrances étaient moins vives, je pensai que l'intestin avait été réduit, qu'il restait seulement l'épiploon depuis longtemps irréductible.

Le soir, à cinq heures, le ventre est beaucoup augmenté de volume ; on sent la distension des intestins à travers ses parois ; il est tendu, très-sensible partout à la pression, même superficielle ; pas de selles ; plusieurs vomissements dans le tantôt. J'examine la matière des derniers : elle est jaune, un peu épaisse, donne une odeur stercorale bien prononcée. Le pouls est fréquent, petit ; les yeux sont cernés ; la figure se contracte à chaque instant, exprime la douleur. En pressant la tumeur inguinale, j'y perçois de la crépitation en haut et en dehors. Ses enveloppes n'ont pas changé de coloration, de consistance. La masse herniée est plus tendue, plus volumineuse, dure, non rénitente.

Je trouve sur la feuille d'observation les réflexions suivantes : quel est le diagnostic à poser ? Je ne sais s'il faut entièrement s'en rapporter au dire du malade et de sa femme pour admettre qu'il s'agissait d'une entéro épiplocèle dont l'intestin auralt été réduit par le médecin. La tumeur persistante serait de l'épiploon gonflé et enflammé, celui qui restait toujours au dehors. On penserait alors à une inflammation du sac herniaire et de l'épiploon se transmettant au péritoine et au viscère de l'abdomen, et donnant les accidents actuels, qui sont ceux d'une péritonite commençante ; ou bien la hernie contient encore de l'intestin, qui

est le siége d'altérations graves. La crépitation démontrerait qu'il y a des gaz qui s'infiltrent; puis les symptômes accuseraient encore, dans ce cas, l'invasion d'une péritonite. En percutant la fosse iliaque droite, j'entends des borborygmes très-prononcés, bien limités, ce qui indique que la continuité de l'intestin est interrompue, et que là sont des gaz et des liquides accumulés. De plus, les caractères des matières vomies prouvent que la circulation normale ne se fait plus. Je crois donc à l'étranglement d'une anse intestinale.

Le même soir, M. Roux a recours à l'opération comme dernière ressource.

Le sac contient une petite quantité de sérosité sanguinolente qui s'échappe en jet au moment de l'ouverture. En hehors et en haut, une petite anse d'intestin grêle; c'est à ce niveau qu'on sentait les crépitations. Les parois en sont épaissies, injectées, d'un rouge-violacé, sans perte de consistance, sans lésion grave cependant. L'anse renferme une certaine quantité d'air; elle est rénitente. Sa position est importante à noter : elle est recouverte en haut et en dedans par l'épiploon, qui s'avance au-devant d'elle et la cache en grande partie. Elle fait du reste une saillie assez peu longue au dehors de l'ancienne.

En dedans existe une masse épiploïque volumineuse, allongée, descendant près du testicule jusqu'au fond du sac, auquel elle adhère intimement. Le reste de son cylindre est libre. J'ai donné ses rapports en haut avec l'intestin. L'épiploon est d'un jaune-rosé, injecté. L'étranglement est serré; M. Roux nous dit qu il a lieu par le collet du sac. Je remarquerai qu'il était ancien, toujours comprimé par un bandage. Il suit le débridement, attire au dehors l'anse intestinale, reconnaît qu'il n'y a pas de lésion à l'endroit étranglé, puis il la réduit. Il détruit ensuite les adhérences de l'épiploon au fond du sac, et le fait peu à peu rentrer après avoir lié une petite artériole qui donnait du sang.

Le sac, examiné à son intérieur, présente de la rougeur, une injection vive; il est enflammé.

L'opération fut peu pénible et bien supportée. L'intestin n'est point aussi malade qu'on devait le croire; mais les symptômes abdominaux, déjà graves, rendent le pronostic très-réservé.

Selle immédiatement après le pansement; trois selles le soir, deux dans la nuit.

Le lendemain matin, il y avait une grande amélioration dans les symptômes : le pouls était moins fréquent et plus fort; le ventre avait diminué de volume, acquis de la souplesse; il restait seulement quelques coliques.

Je ne détaillerai pas les suites de l'observation ; je reviendrai plus tard sur les points importants. Il suffira de dire que la péritonite n'est point survenue, et qu'aujourd'hui, 31 mars, les accidents du côté de l'abdomen ont cessé, à part un peu de dévoiement; la plaie donne une suppuration de très-bonne nature et marche régulièrement.

Hernie inguinale droite étranglée; entéro-épiplocèle; réduction avec le chloroforme.

Obs. II. — Mauban, âgé de 54 ans, rampiste. Entré le 30 mars 1848, salle Sainte-Marthe, n° 17.

Hernie inguinale droite depuis dix-huit ou vingt ans, toujours contenue par un bandage, sortant quelquefois, mais facilement réductible. Elle se produisait quand le malade portait un fardeau trop lourd ou travaillait longtemps baissé. Il ne renouvelait pas son bandage avec assez de soin ; du reste, il se ménageait beaucoup. Il y a deux mois, la hernie s'échappa, resta trois jours au dehors en déterminant des coliques, des vomissements; elle put rentrer sans effort après ce temps, sous l'influence des cataplasmes et des bains. Cet homme assure que la tumeur s'est toujours réduite en entier.

Nouvelle issue de la hernie, il y a huit jours, sans cause connue. Le bandage avait été retiré le soir. Le malade avait porté la veille une lourde charge, et avait senti alors de légères douleurs; il n'en finit pas moins sa journée. Il fut réveillé par de vives coliques et vomit son dîner. Nausées, hoquet continuel, tentatations infructueuses de réduction. Le lendemain, application de cataplasmes, bains. Mêmes moyens jusqu'au quatrième jour, où le médecin fut appelé. Il essaya vainement de réduire, répéta le taxis à chaque visite, après avoir employé les bains, les résolutifs, les saignées jusqu'à la syncope, et ne réussit pas. Le malade vomissait tous les jours aussitôt qu'il prenait un peu de tisane. Nausées continuelles, hoquet, coliques, constipation absolue.

Ce matin, le médecin revint le voir. La matière des vomissements était grisâtre, fétide ; pouls petit, souffrances vives, prostration. Le malade se laisse enfin conduire à l'hôpital, où il arrive pendant la visite.

A droite existe une tumeur volumineuse sans changement de couleur à la peau, tendue, complétement mate à la percussion ; en la palpant, on y constate de la *fluctuation*. Sa surface est lisse, régulière partout, de consistance uniforme. Le sac contient bien manifestement un liquide ; il en est rempli, distendu. Sur le

trajet du canal inguinal, on trouve le pédicule de la tumeur cylindrique, dur, résistant à la pression, se laissant sur les côtés entourer et limiter par les doigts. Le ventre est un peu ballonné, douloureux, tendu, sonore, non dépressible. La matité absolue fait penser que la tumeur est en très-grande partie composée par le liquide du sac et par de l'épiploon ; qu'une petite anse intestinale est seulement engagée dans l'anneau inguinal, peut-être à la partie postérieure du pédicule. Les désordres, du reste, ne paraissent pas encore graves de ce côté.

Inhalations de chloroforme. — Le malade s'endort avec quelque difficulté ; la tension du ventre diminue. M. Roux me permet de tenter la réduction ; je fis quelques efforts sans résultat. Il essaya lui-même, comprima fortement la tumeur ; elle s'affaissa d'abord, mais sans donner de gargouillement ; on put sentir qu'une grande partie du liquide s'était échappée, qu'une masse épiploïque volumineuse restait dans le sac. La compression prolongée fit rentrer la hernie sans gargouillement appréciable. Le malade se réveilla quelques moments après, il n'avait éprouvé aucune douleur, il se sentait très-soulagé.

Le bandage ne fut pas appliqué immédiatement à cause de la continuation de la visite, et quand nous revîmes le malade une demi-heure après, nous trouvâmes l'épiploon sorti ; il formait une tumeur moins volumineuse que celle que nous avions vue d'abord. Toutefois les accidents avaient complétement disparu : le malade n'avait plus de hoquet, de nausées, de vomissements ; l'abdomen, bien moins douloureux, se laissait affaisser par la pression. Nous fîmes un spica pour empêcher l'intestin de descendre aussi. Trois quarts d'heure après la réduction, une selle ; il y en eut encore trois dans la journée.

Le soir, le malade était dans le meilleur état : un nouvel examen de la hernie fait sentir très-distinctement l'épiploon avec ses lignes noueuses ; nulle part il n'y a de différence de consistance indiquant la présence d'intestin. Du côté de la fosse iliaque droite, on sent une corde épiploïque.

Le 31 mars, M. Roux essaie de réduire de nouveau ; la pression est un peu douloureuse ; le malade contracte fortement ses muscles abdominaux ; des tentatives prolongées plus longtemps qu'après les inspirations de chloroforme restent infructueuses. (On applique des cataplasmes.)

Le soir, la tumeur avait pris le même volume, la même forme qu'elle présentait hier avant la réduction ; caractères absolument identiques de consistance, de fluctuation ; de plus, nous constatons la transparence à la lumière. Sous l'influence du taxis,

le sac s'est irrité, a donné une sécrétion assez abondante de sérosité ; mais la tension du ventre est nulle ; il n'y a pas de douleur, pas de coliques, ni de vomissements ; le malade est allé à la selle ; sensibilité seulement dans la tumeur scrotale. C'est qu'il manque cette fois l'élément important dans les phénomènes de l'étranglement : une anse intestinale n'a point franchi l'anneau. A en juger par la ressemblance de forme, de consistance, etc., que nous avons constatée dans les deux cas, on peut conclure que l'intestin devait entrer la première fois par un petit point dans la composition de la tumeur, puisqu'elle a comme lui le même volume, les mêmes caractères.

On voit, au premier coup d'œil, combien les circonstances sont différentes dans les deux séries de faits. Il s'agissait dans les premières observations de tumeurs simplement gazeuses. Chez le premier malade, la hernie volumineuse, distendue, sonore à la percussion, ne contenait que de l'intestin ; je n'y reconnus pas la présence d'épiploon quand elle se fut affaissée. Chez le second malade, il y avait bien une épiplocèle déjà ancienne, mais elle était contenue dans un sac particulier à la partie inférieure de la tumeur, et ne communiquait avec l'abdomen que par un pédicule grêle ; l'intestin formait presque à lui seul le renflement supérieur plus considérable. C'était donc là de ces tumeurs essentiellement gazeuses, dont la compression pouvait chasser le contenu et les réduire à la seule épaisseur des parois intestinales.

La composition des deux dernières hernies est toute différente. La première était formée par une petite anse d'intestin grêle et une masse épiploïque volumineuse. Je puis négliger les altérations de l'intestin, comme difficulté de sa réduction, mais la position qu'il occupait par rapport à l'épiploon est fort importante à noter : il en est recouvert en avant et en dedans, il fait peu de saillie à l'extérieur de l'anneau. L'épiploon remplit le sac, adhère à sa paroi inférieure. Or, il est évident qu'il supportait presque seul les effets du taxis ; il était comprimé, refoulé vers le canal inguinal, tendait même, par ce déplacement en masse, à écraser l'anse intestinale contre les bords de l'anneau, à la fermer davantage, et s'opposait ainsi à l'issue de ses gaz que rien d'ailleurs ne venait directement solliciter. Le volume de l'épiploon, sa consistance, ses adhérences solides, mettaient à sa rentrée un obstacle invincible.

La seconde tumeur était formée par du liquide de l'épiploon, par une portion d'intestin. On est en droit de conclure que celle-ci devait y entrer pour une bien petite part, puisque, après en avoir chassé le liquide, on ne trouvait rien qui accusât la présence de

l'intestin dans le corps même de la hernie, et lorsqu'elle se reproduisit sous nos yeux avec la même forme, le même volume, la même consistance, aucun symptôme n'indiquait qu'un segment du tube digestif se fût engagé. Il n'y avait probablement qu'une petite anse pincée à l'ouverture et soustraite par sa position et son volume à la compression et aux manœuvres du taxis. Dans ces deux cas, les conditions sont donc parfaitement analogues. Le chloroforme a sans doute aidé beaucoup à la réduction en masse; il l'a rendue assez facile, tandis qu'avant son emploi des moyens énergiques n'avaient point été ménagés, et cependant n'avaient pas réussi; mais nous ne trouvions plus là ces effets si remarquables dans les premières épreuves.

De l'examen comparatif que nous venons d'exposer, des circonstances dans les deux séries d'observations, il résulte que la réduction des hernies composées sera plus difficile que celle des entérocèles simples, sera quelquefois impossible. La conclusion était facile à prévoir, et découlait tout naturellement de l'appréciation des causes de l'étranglement et de l'irréductibilité telle que nous l'avons comprise. Si l'obstacle à la rentrée de la tumeur intestinale est sa distension par les gaz, tout ce qui s'opposera à ce qu'une compression directe et suffisante arrive jusqu'à elle pour les en chasser posera une difficulté plus ou moins invincible à sa réduction. L'indication de l'emploi du chloroforme se dégage maintenant d'elle-même : elle sera basée sur un diagnostic exact. Il faudra donc, autant que possible, reconnaître la composition de la tumeur par le toucher, par la percussion, par l'étude des antécédents, etc., et si la hernie est formée, en tout ou en partie, par de l'intestin, on aura, je crois, une grande facilité, une presque certitude de réduction.

Sans doute les inhalations de chloroforme peuvent aider le taxis des épiploïdes ou des entéro-épiplocèles avec prédominance en volume de l'épiploon ; elles abolissent la douleur, et cette contraction involontaire si puissante des muscles, sous laquelle tout organe contenu dans l'abdomen tend à s'en échapper. Mais leur influence n'est plus aussi immédiate. L'épiploon forme au dehors de l'anneau une tumeur dure, solide, qui ne saurait diminuer subitement par la pression ; et si son rapport avec le diamètre de l'ouverture est trop disproportionné, sa rentrée est matériellement impossible.

Je reviens, en dehors de cette discussion, sur quelques particularités intéressantes, notées dans deux de nos observations.

On doit remarquer combien l'épiploïde simple occasionne par lui-même peu de danger, combien peu il a de tendance à produire

les symptômes de l'étranglement. Nous voyons une hernie épiploïque irréductible persister, chez un de nos malades, pendant six mois; chez l'autre pendant quatre ans, être exposée aux injures extérieures, à la compression peu méthodique d'un bandage à pelote convexe, et dans tout ce temps ne porter aucune atteinte aux fonctions du tube digestif; et cela quand même elle vienne à en souffrir. J'ai en ce moment sous les yeux le malade qui a fait le sujet de la seconde observation, publiée dans la note précédente. Il était sorti le 11 mars avec une épiplocèle non réduite; il porte pendant quelques jours un bandage mal fait qui comprime douloureusement l'aine et la partie postérieure du bassin, où il détermine de la tuméfaction et une écorchure. Il rentre le 18 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, 58. Voici la description de la tumeur que j'examinai : elle était, comme la première fois, divisée par une rainure d'étranglement en deux portions; l'inférieure avait un volume triple de celui d'alors, qui représentait si bien un testicule; la supérieure était bien plus considérable, se prolongeait dans le canal inguinal, et sous forme de corde vers la fosse iliaque droite. Ces deux tumeurs étaient partout très-dures, résistantes, assez douloureuses, donnaient une matité absolue. La paroi abdominale, restée souple, se laissait affaisser sous la pression la moins ménagée. Un médecin du dehors avait voulu réduire; la tumeur, fatiguée par ces efforts, n'en avait qu'augmenté de volume. Pendant tout ce temps, le malade n'éprouva ni nausées ni vomissements; il allait régulièrement à la selle, satisfaisait son appétit. Cependant il y avait dans la hernie une masse épiploïque volumineuse, irréductible, enflammée, qui le gênait assez pour l'obliger de garder le lit. Depuis l'entrée à l'hôpital, le repos, les sangsues, les cataplasmes et la compression, l'eurent ramenée en quelques jours aux dimensions qu'elle avait lors de la sortie. Aujourd'hui 1er avril, elle est encore moins grosse, et probablement elle pourra être refoulée dans l'abdomen.

Je trouve de plus un exemple d'épiplocèle enflammé, prenant un volume énorme et déterminant de la fièvre, dans le mémoire que vient de publier M. Malgaigne sur la réduction des hernies épiploïques inguinales anciennes (*Revue médico-chirurgicale*, obs. II, numéro de mars). Il ne survint aucun accident. Dailleurs, la méthode que préconise M. Malgaigne, méthode qui ne lui a jamais montré d'inconvénients sérieux, ne prouverait-elle pas combien le tube digestif est indifférent aux souffrances de l'épiploon? Mais que, dans une sac contenant une épiplocèle irréductible, vienne à descendre et s'étrangler une petite anse d'intestin, on aura

alors tous les accidents véritables de la hernie étranglée.

Ces deux phases de gravité ont été bien marquées dans notre seconde observation: l'expérience n'aurait pu être mieux conduite pour donner une démonstration rigoureuse. Les symptômes étaient bien différents la seconde fois, et pourtant il resta au dehors une masse épiploïque considérable que des essais de taxis ont dû irriter encore, et on ne s'apperçoit point qu'elle n'a pas été réduite. Le rôle important appartient donc à l'intestin seul, un rôle passif et secondaire serait dévolu à l'épiploon, et par conséquent toute théorie qui voudrait se rendre compte du mécanisme de l'étranglement peut ne pas s'en préoccuper. Je ne parle pas, bien entendu, des éléments utiles que l'on tire de l'étude de ses relations avec l'intestin, soit dans l'intérieur, soit au collet du sac et de ses lésions consécutives.

Un fait reproduit dans les deux dernières observations mérite de nous arrêter ; c'est la diminution de la tumeur herniaire sous la main du chirurgien, sans réduction des organes sortis.

Dans la première, le médecin n'eût-il pu réduire une partie de l'intestin, comme le malade le prétendait ? Cela est fort douteux. Dabord on ne voit pas pourquoi, une fois la voie ouverte, le reste de l'intestin n'aurait pas suivi; ensuite la petite portion, attirée au dehors par M. Roux lors de l'opération, ne portait aucune trace indiquant qu'il y eût eu gêne de la circulation, étranglement au-dessus. Mais la tumeur a diminué d'après le témoignage du malade et de sa femme ; ils n'ont pu se tromper sur un fait aussi facile à constater. Dans les premiers moments de la tentative de M. Roux sur notre second malade, la tumeur diminua aussi, et cependant rien n'était rentré. Voici, d'après le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ce qui arrive. Le sac herniaire contient de la sérosité qui entre pour une certaine part dans le volume de la tumeur : c'est elle qui supporte les premiers effets du taxis. Que si la compression est forte et soutenue, une partie du liquide se fait passage dans l'anneau en écartant les organes herniés et rentre dans l'abdomen par une véritable *injection forcée*. C'est ce que nous avons vu d'une manière bien sensible. En effet, après cette diminution, on apprécia plus distinctement la composition de la tumeur, et l'on reconnut l'épiploon. Le rôle que joue la sérosité dans l'accroissement de la hernie ultérieure à son étranglement ou dans sa diminution est donc important à étudier : il faudra en tenir un grand compte pour ne point se laisser tromper par des apparences d'augmentation ou de réduction.

J'ai voulu poser immédiatement en regard des premiers résul-

états d'autres faits qui, sans en attaquer la valeur, montrent quel est le degré de confiance qu'il faut donner à l'emploi du chloroforme, dans quels cas on peut plus particulièrement l'essayer. De la comparaison de ces faits pouvait naître l'indication, ce prolégomène si indispensable, de l'usage de tout moyen thérapeutique; j'ai cherché le but selon mes moyens et dans les conditions qu'il m'a été permis d'étudier. Une régularisation plus complète de cet emploi devra ne lui laisser plus tard que sa part légitime d'influence.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 18. *Note sur la compression de la carotide, comme moyen d'arrêter l'hémorrhagie consécutive à la résection des amygdales* ; par M. J. GENSOUL, de Lyon.

(Revue médico-chirurgicale, avril 1848.)

La ville de Lyon est assise entre deux rivières ; son climat est pluvieux ; son voisinage des Alpes, du Pilat et des montagnes qui séparent le Rhône d'avec la Loire, l'expose à des variations brusques de température qui la rendent la terre natale des catarrhes, des rhumatismes, des engorgements ganglionnaires, en un mot, de toutes les maladies qu'engendre le froid humide. On sera, dès lors, peu surpris que j'aie un nombre très-considérable de résection des amygdales et que j'aie eu l'occasion d'observer plusieurs fois des hémorrhagies graves, à la suite de cette opération si simple en apparence.

Le moyen que j'ai mis souvent en usage et, je dois le dire, plusieurs fois avant qu'il devînt tout à fait indispensable, m'a été inspiré dans une circonstance où la mort par hémorrhagie était imminente. Voici le fait :

OBS.—Il y a environ dix à douze ans que je fus appelé pour réséquer les amygdales à un jeune homme de 22 ans; le volume de cette agglomération de follicules était tel, que la respiration était gênée. A l'aide d'une pince à griffes et de ciseaux, l'opération fut faite promptement et sans qu'aucune hémorrhagie eût lieu. Je fis gargariser avec de l'eau froide, et l'eau sortait à peine colorée. Un quart d'heure après, je quittai le malade, ne pouvant supposer la possibilité d'un accident quelconque. Je ne rentrai chez moi que quatre heures après l'opération. On m'avertit alors que ce jeune homme était dans un état alarmant, et que deux de mes confrères étaient auprès de lui, cherchant vainement par les applications de glace et les gargarismes glacés à tarir l'écoulement du sang. Je courus en toute hâte chez le malade, et je le trouvai étendu sur le plancher de sa chambre, le cou entouré de glace, la figure décolorée, le pouls hâletant,

précipité, et le sang sortant avec une teinte pâle par la bouche entr'ouverte. Le cas était pressant ; la cautérisation était d'un secours douteux, et il fallait bien du temps pour faire rougir les cautères. Je me hâtai de mettre les doigts sur les artères carotides, en appuyant fortement, surtout, sur la carotide gauche, mes confrères m'ayant indiqué que c'était principalement de ce côté que le sang semblait s'écouler. Je ne puis vous peindre, en termes assez expressifs, le plaisir que je ressentis, lorsque je m'aperçus que le sang s'arrêtait ; je fis la compression pendant dix minutes environ ; mes mains n'avaient plus la force d'agir ; j'avais, sans doute, comprimé convulsivement, très-fortement, de manière à suspendre d'une manière absolue le cours du sang dans les carotides. Je confiai à un aide la pression de l'artère, du côté où l'hémorrhagie avait paru plus abondante, et après une compression qui fut maintenue environ encore une demi-heure et d'un côté seulement, je fis suspendre toute pression, sans que l'écoulement du sang ait reparu.

Depuis cette époque, chaque fois qu'après avoir réséqué les amygdales une hémorrhagie un peu forte s'est déclarée, j'ai fait, pendant quelques minutes, une compression sur une ou sur les deux artères carotides, et j'ai eu toujours le bonheur de suspendre presque subitement le cours du sang.

---

19. *Quelques réflexions sur la manière d'extraire le sang coagulé dans la vessie* ; par M. le docteur AUGUSTE MERCIER.

(Gazette médicale de Paris, N° 21 ; 1848.)

La *Gazette Médicale* du 29 avril dernier contient la relation de procédés pour l'extraction des caillots sanguins qui, séjournant dans la partie profonde de l'urèthre ou de la vessie, s'engagent dans les yeux de la sonde, obstruent son canal et s'opposent à l'écoulement de tout liquide. Ces procédés peuvent suffire dans beaucoup de cas ; mais il en est beaucoup d'autres aussi où, tels qu'ils sont indiqués, ils échoueraient.

Et d'abord il n'est pas exact de dire qu'une grosse sonde (car c'est une grosse sonde qu'il faut en pareille circonstance) reste *parfaitement* flexible lorsque son canal est rempli par une autre sonde qui y entre à frottement ; elle acquiert au contraire, par cela même, une assez grande rigidité, qui l'empêche de se prêter facilement aux courbures du canal, sans être assez grande pour permettre au chirurgien d'imprimer à son extrémité la direction exigée par une déviation spasmodique de la portion membraneuse, une valvule du col de la vessie ou une déformation de la prostate ; et remarquez bien que, dans les cas dont il s'agit, il est rare

qu'on n'ait pas affaire à l'une ou à l'autre de ces circonstances.

Mais supposons ce point tout à fait secondaire, et admettons que la sonde pénètre ainsi sans difficulté.

Le procédé réussira s'il n'existe des caillots que dans l'urèthre; mais s'il y en a dans la vessie, et surtout si ces caillots y forment une masse compacte, il est évident qu'aussitôt la sonde-mandrin retirée, la sonde évacuatrice se trouve remplie et obstruée. Il faut donc réintroduire la première, et telle est alors l'alternative : si celle-ci est petite, elle ne fait presque rien, à peu près ce que fait le fil d'argent dont on se sert habituellement; si, au contraire, elle est grosse, elle pénètre difficilement, fait refluer dans la vessie les caillots qui remplissent le canal, et ne permet pas à d'autres de s'y engager tant qu'elle reste en place. Il n'y a pas de raison, comme on le voit, pour arriver à bonne fin.

Qu'on ne s'imagine pas que je grossis ici les difficultés; quand la vessie est distendue par du sang coagulé, la position du praticien est fort embarrassante.

Voici ce à quoi l'expérience m'a conduit.

J'introduis une grosse sonde, élastique ou non, par le procédé que le cas me semble exiger, et si je m'aperçois qu'elle se trouve obstruée par du sang, je pousse dans sa cavité une tige *flexible et fine*, terminée par un renflement sphérique proportionné au calibre de la sonde, un peu plus faible cependant. Les bougies exploratrices à renflement terminal, qu'elles soient en métal ou en gomme élastique, conviennent parfaitement. Ces bougies pénètrent avec facilité; et comme j'ai supposé que leur renflement ne remplit pas exactement la sonde, les caillots qu'il écrase passent au-devant de lui, et il les amène au dehors lorsqu'on retire la bougie. Bien mieux, on peut pousser ce renflement jusque dans l'extrémité de la sonde, et attendre, avant de le retirer, qu'une certaine quantité de caillots se soit engagée dans le canal par ses orifices latéraux; on en extrait alors des quantités considérables, surtout si la bougie est métallique, car alors la tige qui supporte le renflement peut n'être qu'un simple fil d'argent ou de laiton qui ne diminue en rien la capacité de la sonde.

Dans quelques cas, il est bon, ainsi que le dit votre collaborateur, de joindre au moyen précédent l'aspiration faite à l'aide d'une bonne seringue: mais il faut prendre alors quelques précautions, dont l'oubli pourrait entraîner des accidents sérieux.

Règle générale, on ne doit pratiquer cette aspiration qu'autant qu'on est parfaitement sûr qu'il existe dans la vessie un liquide à aspirer ; autrement, on exercerait sur la muqueuse elle-même une succion, d'où résulterait une congestion ou même une

exhalation sanguine. On acquiert assez facilement cette certitude lorsque la réplétion est considérable ; mais lorsque cela n'est pas, dans les cas par exemple où la vessie a été raccornie par une inflammation prolongée, le diagnostic est bien moins facile.

Il faut donc toujours commencer par pousser une certaine quantité d'eau, légère si la vessie est très-distendue, plus forte dans le cas contraire. On aspire ensuite ; mais on a bien soin de ne jamais retirer le piston plus qu'on ne l'a poussé d'abord, à moins que la facilité avec laquelle l'aspiration se fait ne permette pas de douter qu'un liquide contenu dans la vessie n'afflue dans la seringue ; en d'autres termes, on ne se permet des tractions tant soit peu énergiques sur le piston qu'autant qu'on ne l'a pas retiré plus qu'on ne l'avait poussé d'abord. C'est surtout vers la fin qu'il faut bien observer cette règle, parce qu'il pourrait arriver que l'organe, quoique en réalité distendu par du sang, en contînt cependant moins qu'on ne l'avait cru, et qu'après l'avoir vidé, on continuât encore l'aspiration.

En réitérant ainsi un certain nombre de fois ces injections et ces aspirations, il est rare qu'on ne porvienne pas à retirer tous les caillots. Toutefois, si la masse était tellement compacte que cette manœuvre ne pût parvenir à la délayer et à l'extraire, on aurait recours à la sonde évacuatoire à double courant, que j'ai décrite dans mon *Mémoire sur la lithotritie*, sonde qui ne manquera jamais son but, mais que peu de personnes ont sous la main.

---

20. *Sur une opération de trépan, pratiquée pour une suppuration aiguë à l'intérieur du crâne, et sur la vanité des indications dans les cas de ce genre*; par M. Malgaigne.

(Revue médico-chirurgicale, avril 1848.)

Je suis assurément l'un des adversaires les plus déterminés du trépan appliqué aux plaies de tête ; et peut-être ai-je contribué pour quelque chose à en restreindre un peu l'usage. Ce n'est pas que j'aie voulu proscrire absolument cette opération ; elle peut être utile pour l'extraction de corps étrangers solides, et quelquefois même elle a servi à livrer issue à des collections sanguines ou purulentes qui déterminaient des accidents graves ; mais pour quelques succès, combien de revers ! et surtout combien de revers qu'on eût pu éviter en s'abstenant d'opérations inutiles !

Dans toute ma carrière chirurgicale, je n'avais pas rencontré un seul cas où le trépan fût bien indiqué, et je n'avais eu qu'à me féliciter de ma réserve. Tout récemment enfin, sur un des blessés de février, j'ai jugé le trépan nécessaire et je l'ai prati-

qué. Mon opéré est mort ; et c'est un résultat trop commun pour s'en étonner beaucoup. Mais l'autopsie a fait voir d'abord que, si nous avions bien reconnu la suppuration, nous nous étions trompés sur son siége ; ensuite que, fussions-nous tombés sur l'abcès même , l'opération n'en aurait pas moins été inutile. C'est à ce double titre que l'observation m'a paru offrir un véritable intérêt.

Je la donnerai d'abord comme elle a été recueillie par l'interne du service, M. Delacour ; et je la ferai suivre de quelques remarques.

Obs. — Longuet (Jules-Albert), âgé de 16 ans, tempérament lymphatique nerveux, constitution délicate, mais saine, fut apporté le 23 février à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Malgaigne , alors remplacé par M. Richet. Quelques heures auparavant, il avait reçu à la tête, presque à bout portant, un coup de feu de la part d'un cavalier, et il avait été renversé du coup sans connaissance. Il ne peut se rappeler combien de temps à peu près il est resté dans cet état ; mais, au moment de son entrée, il avait l'intelligence parfaitement nette, et les mouvements et la sensibilité complétement conservés.

Il offrait une plaie très-contuse, siégeant sur le pariétal gauche, de 6 centimètres environ d'étendue, dirigée en bas, en avant et en dehors ; la balle semblait avoir frappé très-obliquement le pariétal, et avoir ricoché en labourant le cuir chevelu. On se contenta de laver la plaie sans la sonder, après en avoir rasé les bords. (Prescription ; *Saignée de trois palettes ; deux pilules de 5 centigrammes d'opium ; diète.*)

Le 24. Le malade a dormi une partie de la nuit, son sommeil a été calme. La douleur de tête est presque nulle. Il demande à manger. (*Gomme sucrée, deux pots ; deux pilules d'opium ; cataplasmes.*)

Le 25. État très-satisfaisant ; pouls lent ; respiration facile ; appétit. (*Bouillon ; cataplasmes.*

Le 26. Le sommeil a été un peu agité. La face est pâle ; il y a une diplopie manifeste. Le pouls est très-lent, la respiration gênée, l'appétit moindre. Les bords de la plaie sont tuméfiés, renversés en dedans ; en les soulevant et les écartant, on reconnaît une fracture en étoile, la table externe brisée en petites esquilles. (*Saignée de deux palettes ; bouillon de veau émétisé ; cataplasmes.*)

Le 27, un peu moins d'agitation ; le malade a eu cinq selles. (*Quinze sangsues sur les bords de la plaie ; cataplasmes ; diète ; julep avec 20 grammes de sirop diacode.*)

Le 28. Le mieux est sensible. Le sommeil est assez calme, il

y a de l'assoupissement dans la journée. Un peu d'appétit. (*Bouillon de veau émétisé ; deux bouillons ; cataplasmes.*)

Le mieux se soutint les jours suivants ; l'appétit se releva au point que le malade put manger une portion d'aliments ; seulement la plaie toujours sensible exigea le 2 mars une application de sangsues, et le 4 le malade demanda deux portions.

Mais là s'arrêta l'amélioration. Le 5, le malade fut agité dans la nuit, et poussa quelques cris ; il demeure assoupi dans la journée. La diplopie et la pâleur de la face étaient plus prononcées ; la sensibilité de la plaie se réveilla, tandis que la sensibilité générale semblait un peu affaiblie. On voyait au fond de la plaie, dans l'écartement des fragments osseux, une gouttelette de pus apparaître et disparaître par secousses, coïncidant avec les pulsations du pouls.

Le 6, la nuit fut plus mauvaise encore, les cris plus fréquents. La sensibilité de la plaie était extrême ; le malade inquiet et très-irritable.

Cet état continua les jours suivants. M. Malgaigne qui avait repris le service, et M. Richet, qui suivait ce malade avec attention, furent d'accord pour craindre une suppuration à l'intérieur du crâne ; et le 8 mars, avant de se résoudre au trépan, M. Malgaigne voulut chercher si l'on ne pourrait pas enlever à l'aide d'un élévatoire une des pièces d'os supposées mobiles. Le sujet fut endormi avec le chloroforme, la plaie agrandie par une incision cruciale ; et toutes vérifications faites, on reconnut que la fracture était limitée au point où la balle avait frappé, et qu'il n'y avait aucun fragment un peu considérable ; c'était comme un enfoncement qu'on aurait produit avec un clou. En achevant d'enlever les débris osseux qui occupaient cet enfoncement, on voyait sourdre à chaque battement du pouls la gouttelette de pus dont il a été parlé, et qui paraissait bien l'indice d'un abcès sous-jacent. De plus, la table externe était grisâtre et comme nécrosée dans un rayon d'environ 2 centimètres. Le trépan fut donc résolu pour le lendemain.

La journée fut assez mauvaise ; il y eut des nausées et des vomissements abondants sur le soir. La nuit fut très-agitée, le malade poussait à chaque instant des cris. Le 9 au matin, la pâleur de la face est extrême. Le malade est continuellement assoupi, pousse quelques cris de temps en temps ; on le tire facilement de son assoupissement, et alors l'intelligence est nette ; mais il fait attendre ses réponses, et ne répond qu'en proférant des plaintes. La douleur de tête est vive, il la rapporte au fond des orbites ; les pupilles sont dilatées.

Le malade étant soumis à une inhalation de chloroforme, une couronne de trépan est appliquée avec précaution, en assurant la pyramide dans le petit trou fait par la balle. La section circulaire achevée, on engage le tirefond, et, sous l'influence de légers efforts, la rondelle osseuse se brise en plusieurs esquilles formées par la table externe et une portion du diploé. On voit alors au fond la table interne brisée en plusieurs fragments, dont quelques-uns sont légèrement enfoncés. Ils sont facilement extraits ; seulement, une portion de la table interne, quoique mobile, ne peut cependant être extraite, et fait saillie par son bord mince et inégal dans l'ouverture osseuse. Ses bords étant égalisés avec le couteau lenticulaire, et la plaie épongée, on aperçoit la dure-mère saine, et bombant à travers l'ouverture osseuse à chaque battement du pouls. Pas de trace d'épanchement de sang ni de pus ; évidemment la goutte de pus qui apparaissait à la surface venait du trajet de la fracture (*Pansement à plat*; *cataplasmes.*)

L'action du chloroforme cessa peu après l'opération. Pendant les premières heures, le malade proféra quelques plaintes, puis il se calma, et le soir il paraissait un peu mieux.

Mais la nuit fut tout aussi agitée que la précédente, et le lendemain tous les accidents persistaient, sauf les vomissements qui ne s'étaient pas renouvelés. (*Tisane émétisée.*)

Le 11 mars. Le malade a eu hier cinq selles, il a déliré toute la nuit. Ce matin, il est plus assoupi que de coutume. La diplopie est plus prononcée, le malade y voit à peine. Il y a un affaiblissement marqué dans la sensibilité du membre supérieur du côté droit. L'intelligence est encore assez nette, il comprend tout ce qu'on lui dit. Il reconnaît les objets qu'on lui montre et essaie de les nommer, mais il ne prononce que des sons confus. Il semble qu'il a la mémoire des mots, mais qu'il ne peut les articuler ; chaque essai qu'il fait pour parler est suivi de pleurs et de mouvements de désespoir. Le seul mot qu'il prononce assez intelligiblement, c'est *maman*. Toutefois, les mouvements de la langue sont parfaitement normaux, il peut la porter avec rapidité dans tous les sens, suivant la direction qu'on lui indique. Je lui demande s'il sait écrire, il me fait signe que oui. Je lui donne à prendre une plume d'une main et du papier de l'autre ; il prend bien le papier avec la main gauche, mais il ne peut parvenir à saisir la plume de la main droite. Il cherche alors de sa main gauche à la placer convenablement, mais il ne peut y parvenir. Un nouvel effort réussit mieux ; il cherche à écrire son nom, et dessine une L à peine reconnaissable ; mais il abandonne aussitôt la plume et le papier en pleurant, et me fait signe qu'il n'y voit pas

La plaie examinée, on voit que la portion de table interne mobile est formée par deux esquilles ; l'une est extraite sans difficulté, l'autre est encore adhérente dans quelques points. (Prescription : *Quatre sangsues dans la plaie chaque deux heures d'ici à demain, soit en tout quarante-huit sangsues.*)

Une heure après, pendant que les premières sangsues coulaient, le malade se trouva mieux. Il prononçait très-distinctement les mots *oui, non, du tout*; et, à chaque tentative pour articuler, ayant la conscience d'une amélioration, sa figure rayonnait de plaisir, et il me serrait affectueusement la main. Mais, à la visite du soir, ce mieux passager avait disparu ; l'assoupissement était presque du coma. Il poussait de temps en temps des cris aigus et brefs.

Le 12 au matin, le malade ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent, même sa mère, dont il proférait le nom à chaque instant pendant la nuit dernière. Il est sans parole, dans un état d'assoupissement profond ; lorsqu'on l'en retire, il fait dans son lit des mouvements désordonnés, et bientôt retombe dans cet état qui n'est interrompu que par quelques cris prolongés et plaintifs. La moitié droite de la face est paralysée dans sa sensibilité et sa motilité à la fois. La joue de ce côté est inerte, tandis que, du côté gauche, la bouche est relevée, et la joue fortement contractée, saillante. La langue n'a pas subi de déviation, elle est mobile. L'œil droit est manifestement plus saillant que le gauche, les paupières peuvent à peine le recouvrir ; il est humide de larmes, et agité de mouvements semblables à ceux que l'on observe chez les individus affectés d'un strabisme porté à un haut degré. Les pupilles sont plutôt contractées que dilatées. La pâleur de la face est extrême ; les mouvements des membres du côté droit sont complétement paralysés, et la sensibilité y est considérablement affaiblie. La température est de même notablement abaissée. Les mouvements du côté gauche sont conservés, et dans toute cette moitié du corps, comme au même côté de la face, il y a une exaltation de la sensibilité telle, que l'on ne peut toucher le malade sans lui faire faire un brusque soubresaut et lui faire pousser un cri déchirant. Le pouls est lent, petit, irrégulier ; la respiration est à peu près normale. Il y a une demi-érection. (*Gomme sucrée ; cataplasmes sur la plaie toutes les deux heures.*)

Le 13, le côté droit de la face est affecté de mouvements convulsifs tels, que la commissure droite des lèvres est continuellement agitée de mouvements de traction en dehors, qui se succèdent avec une grande rapidité. Si l'on écarte les mâchoires pour

constater l'état de la langue, on voit celle-ci agitée de mouvements de projection en avant se succédant à intervalles également très-courts. Ces mouvements entretiennent l'humidité de la face interne des lèvres et de la pointe de la langue, moyennant une petite quantité de salive écumeuse. La température est abaissée dans tout le côté droit du corps. Le pouls est rapide et petit. Il y a des soubresauts fréquents dans les tendons. La respiration est un peu lente, presque suspirieuse. Le malade rend ses urines dans son lit, bien que la percussion de la région hypogastrique montre que la vessie n'est pas distendue.

Le 14, les mouvements convulsifs ont cessé à la face ; mais les soubresauts dans les tendons sont plus fréquents. La respiration est anhélante, le pouls a des pulsations si nombreuses qu'elles ne peuvent être comptées.

Le malade expira dans la nuit.

Autopsie le 16 *mars, trente heures après la mort. — Habitude extérieure.* — Raideur cadavérique ; coloration terreuse, mate de la peau. L'œil gauche est fermé ; le droit incomplétement, un peu plus saillant, a aussi la pupille plus dilatée.

Les bords de la plaie, adhérant à l'os sous leur angle interne, sont décollés dans le reste de leur étendue, et le décollement s'étend sur le pariétal dans une étendue de 12 centimètres en travers et de 6 de haut en bas. Le reste du péricrâne encore adhérent à l'os est affaissé, infiltré de pus ; dans les environs et jusque sous le muscle frontal, on trouve de petites collections purulentes disséminées, circonscrites, d'un très-petit volume.

L'os ne présente, en dehors de la perforation du trépan, ni éclat, ni fissure.

Un trait de scie ayant divisé le crâne suivant l'axe occipito-frontal, il s'écoula par cette incision, de dessous le pariétal gauche, une assez grande quantité de pus. L'éclatement de la table interne débordait de 6 à 10 millimètres la circonférence du trou du trépan. Deux petites esquilles à demi détachées faisaient encore saillie dans l'aire de cette ouverture, et une autre plus petite était restée collée à la dure-mère.

Entre l'os et la dure-mère s'étendait une couche de pus concret dirigée en bas et en avant, dans une étendue de 7 centimètres, sans s'approcher plus près que de 1 à 2 centimètres de la perforation faite par le trépan. A 5 centimètres de la plaie, la dure-mère offrait une perforation de 3 à 4 millimètres de diamètre, à bords blanchâtres et ramollis, qui avait probablement donné issue à du pus contenu sous cette membrane, qui s'était écoulé au dehors lors de la section du crâne.

La dure-mère enlevée, on constata vis-à-vis le trépan une adhérence entre les deux lames de l'arachnoïde et une petite portion correspondante de la surface cérébrale, et non-seulement à l'endroit de cette adhérence, mais dans une étendue d'environ 4 centimètres de diamètre au voisinage du trépan, il n'y avait pas de trace de pus. Au contraire, en dehors de cette surface, toute la convexité de l'hémisphère gauche était couverte d'une couche de pus concret, d'autant plus épaisse qu'on l'examinait plus près de la partie moyenne et inférieure de l'os frontal, et d'une telle adhérence qu'elle résistait à des irrigations fortes et prolongées.

L'hémisphère droit avait l'aspect normal dans sa moitié postérieure ; mais en avant il offrait aussi une couche de pus concret, plus mince et moins étendue que de l'autre côté, mais très-marquée surtout le long du sinus longitudinal supérieur.

L'épanchement purulent du côté gauche se prolongeait, toujours en plaques adhérentes, au-dessous d'une grande partie du lobe moyen et sous la totalité du lobe antérieur. Les surfaces de ces deux lobes, depouillées de la couche de pus, étaient d'un gris brunâtre ; l'arachnoïde y était extrêmement adhérente à la pie-mère et à la substance cérébrale même dont la couche la plus superficielle était ramollie. A droite, le pus se prolongeait seulement jusqu'à la partie antérieure de l'hémisphère.

Le tiers antérieur de la faux cérébrale était également tapissé de pus concret, ainsi que les surfaces correspondantes des deux hémisphères ; le pus ne descendait pas plus bas.

Au point correspondant à la plaie extérieure, le cerveau était fortement contus et transformé en une pulpe d'un jaune sale tirant sur l'orangé, à une profondeur de 5 à 6 millimètres.

Au-dessous, le cerveau reprenait sa couleur normale et ne présentait pas un piqueté plus considérable que dans son état ordinaire. A 4 centimètres environ en avant de la plaie, on trouva un petit foyer contenant 5 à 6 gouttelettes de pus dans la substance blanche d'une circonvolution.

Les deux ventricules étaient parfaitement sains et ne contenaient pas même de sérosité surabondante. Le cervelet était à l'état normal. Le tissu cellulaire de l'orbite droit n'offrait rien de particulier. Il n'y avait pas de fractures à la base du crâne ni en aucun autre endroit que là où la balle avait frappé.

Il y a six ou sept ans, en rendant compte de mes recherches sur les résultats des grandes amputations dans les hôpitaux de Paris, je notais que durant cinq années, de 1836 à 1840, il y avait eu 13 cas de trépan pour des plaies de tête, tous suivis de

mort ; et en 1841, deux cas nouveaux avaient les mêmes résultats. Je n'ai pas recherché depuis lors si d'autres opérations avaient été plus heureuses ; mais dans le cours de cette année, les journaux ont parlé de deux nouvelles trépanations.

M. Maisonneuve d'abord, dans la séance du 2 février de la Société de chirurgie, avait présenté *plusieurs esquilles provenant d'une fracture du crâne pour laquelle il avait pratiqué le trépan avec succès* (je copie le procès-verbal). Malheureusement pour le procès-verbal et pour l'opéré, M. Morel-Lavallée apporta à la séance suivante *une portion du cerveau du malade ;* et je transcrirai les détails suivants :

« L'hémiplégie avait persisté. Le malade était dans le coma. Les mouvements étaient perdus, la sensibilité restant intacte. Ce malade mourut. A l'autopsie, M. Morel ne voyant rien au niveau de l'endroit où avait été appliqué le trépan, s'était dit que la lésion devait être à la base. Mais la dissection la plus attentive ne fit absolument rien découvrir, ni sous la dure-mère, ni entre elle et les os ; on ne trouva qu'une contusion au niveau de la fracture, et elle était si peu profonde qu'elle ne dépassait pas les circonvolutions cérébrales. La moelle était parfaitement saine. »

M. Blandin a pratiqué également l'opération du trépan, dans un cas analogue au nôtre, pour une balle qui avait ricoché sur le crâne. Les détails du fait n'ont pas été publiés ; nous ignorons donc quelle indication avait dicté la décision du chirurgien ; quoi qu'il en soit, l'opéré a succombé.

C'est donc avec une certaine surprise que nous avons vu présenter récemment à l'académie de médecine une note sur le trépan, où l'on prétend que le danger vient de l'imperfection de l'instrument plutôt que de l'opération même. Nos instruments actuels ne laissent vraiment rien à désirer ; et, après tout, les autopsies montrent de reste que, le plus ordinairement, le trépan a respecté tout ce qu'il devait respecter. On serait plus dans le vrai, si l'on disait que le trépan emprunte sa principale gravité au péril même des lésions pour lesquelles on l'applique ; on pourrait ajouter encore qu'une semblable opération n'est pas faite pour apaiser l'inflammation, quand celle-ci a envahi le cerveau ou ses membranes; mais, sans revenir sur un point que notre funèbre statistique ne met que trop en lumière, je veux seulement arrêter l'attention du lecteur sur la vanité des indications sur lesquelles on se fonde pour pratiquer le trépan.

Lorsqu'il s'agit seulement d'accidents primitifs et que l'on suppose produits et entretenus par un épanchement de sang, trois difficultés presque insurmontables se dressent devant le

chirurgien : 1° il est à peu près impossible d'affirmer que les accidents ne sont pas dus à une autre cause; 2° en supposant la réalité de l'épanchement hors de doute, il est presque impossible d'en assigner le siége ; 3° en supposant qu'on tombe sur l'épanchement, presque toujours il est étendu en nappe, et le sang coagulé et adhérent aux parties voisines ne peut être extrait; ce qui rend l'opération inutile.

Un trop grand nombre de faits ont été publiés, et viennent encore tous les jours à l'appui de ces assertions, pour que je veuille y insister ; car les autopsies montrent bien plus souvent des épanchements sanguins que des épanchements purulents. Ceux-ci ayant été moins étudiés, voyons donc s'ils ne présentent pas des difficultés analogues.

Et d'abord, avons-nous des signes positifs d'une suppuration intra-crânienne? Je n'hésite pas à répondre : non ! Dans l'observation qu'on vient de lire, la recrudescence des accidents après une amélioration marquée, et à une telle distance de l'époque du coup reçu, nous faisait bien *présumer* une suppuration *probable*, mais on ne nous aurait jamais permis de l'affirmer. J'ai rapporté ailleurs l'histoire d'un individu qui, après une amélioration marquée durant deux jours, retomba dans des accidents plus graves ; il succomba le quinzième jour ; il y avait de petits foyers de pus dans les poumons, et rien de pareil à l'intérieur du crâne. Un autre mourut le vingt et unième jour avec une résorption purulente; il y avait des abcès dans le foie, une collection purulente dans l'articulation cubito-humérale, et rien dans les poumons ni dans le crâne (1). Ce qui, dans le cas actuel, assura notre diagnostic à M. Richet et à moi, ce fut cette apparition de petites gouttelettes de pus à travers la plaie des os; et précisément cet indice était trompeur, et ces gouttes de pus ne se rattachaient en rien à la grande collection purulente.

Deuxièmement, la suppuration reconnue, peut-on en assigner le siége? Notre observation ne répond que trop pour nous; nous avons trépané sur la plaie même, et le foyer purulent était ailleurs.

Enfin, en supposant que nous fussions tombés sur le foyer même, eussions-nous évacué tout le pus, de manière à n'avoir qu'un abcès simple à déterger? Non encore ; outre le lieu où il était accumulé, le pus s'étendait en grande nappe sur l'hémisphère gauche; il recouvrait l'hémisphère droit par plaques ; et il était tellement concret et adhérent qu'il eût été impossible d'en débarrasser le crâne.

L'opéré a présenté, dans les derniers temps de sa vie, des

(1) *De la théorie et du traitement des plaies de tête; Gazette médicale*, 1836.

phénomènes curieux de plus d'un genre, qui ont été soigneusement observés, et que les physiologistes pourront comparer avec les lésions rencontrées à l'autopsie. Cette étude, tout intéressante qu'elle pût être, m'éloignerait du but de ce travail ; et sans prétendre décourager absolument les opérateurs, je me borne à rappeler ces trois points culminants :

1° Que nous avons diagnostiqué une suppuration interne, et que notre principal motif de conviction était purement illusoire ;

2° Que nous nous sommes mépris sur le siége de cet épanchement, et que nous avons trépané à côté ;

3° Qu'enfin, fussions-nous tombés sur le foyer même, la dissémination du pus en nappes concrètes et adhérentes aurait encore rendu l'opération inutile.

---

21. *Mémoire sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations;* par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale de Lyon.

(Suite et fin : *voir* t. III, mars 1848, p. 201.)

(Bulletin général de Thérapeutique ; mars 1848.)

Kystes hématiques. Il se manifeste souvent au cou, aux bourses et au-devant du genou, des kystes dont les parois épaisses sont formées par un tissu fibro-cartilagineux, et dont la cavité contient un liquide noirâtre, mélangé de caillots fibrineux, plus ou moins colorés de sang. Ces kystes, qu'on a désignés sous le nom de kystes hématiques, à raison de la nature et de l'aspect des matières qu'ils contiennent, sont aisément confondus avec des kystes, tout différents par la nature de leurs parois et par celle des liquides qu'ils renferment. Quand ils existent aux bourses, on peut supposer qu'on n'a affaire qu'à une simple hydrocèle. S'ils sont développés dans la glande thyroïde, on peut croire à l'existence d'une poche moins épaisse et contenant un liquide plus séreux.

Quel que soit, d'ailleurs, le diagnostic porté sur ces kystes, le traitement chirurgical le plus habituel consiste à y pratiquer une ponction simple ou une ponction suivie d'injection irritante.

Dans l'un et l'autre cas, les accidents les plus formidables peuvent se déclarer. J'ai vu de simples ponctions exploratrices pratiquées aux bourses, dans de vastes tumeurs de ce genre, entraîner la mort de deux malades. L'air ayant pénétré dans la cavité pleine de caillots sanguins, ceux-ci se sont décomposés. Des liquides fétides mélangés d'air, s'écoulant à travers la piqûre, ont montré le caractère putride des matières contenues

dans le kyste et soumises à l'absorption. L'on a vu se développer en même temps une fièvre de mauvais caractère ; la peau était sèche et brûlante, le pouls petit et très-fréquent, la langue rouge et sèche ; enfin, la somnolence et le délire ont marqué les derniers termes de la maladie.

Les mêmes accidents, comme on va le voir, peuvent survenir après une injection iodée. Parfaitement innocent quand on opère des kystes séreux, comme celui qui forme l'hydrocèle, ce mode d'injection, pratiqué dans les kystes sanguins, peut être suivi de tous les phénomènes putrides que nous venons de décrire, si l'air pénètre avec le liquide iodé.

Ces conséquences funestes conduisent à proscrire toute injection dans ces kystes hématiques. Cependant, si des circonstances particulières ont conduit à les ponctionner, et si les symptômes locaux et généraux qui démontrent la putréfaction des caillots sanguins et l'absorption des principes putrides viennent menacer les jours des malades, que faire pour arrêter ces graves accidents ?

On a proposé de passer un séton à travers la tumeur : je n'hésite pas à déclarer cette pratique complétement inutile. Appliquée à des kystes qui n'ont pas été ouverts, cette méthode peut être suivie de tous les accidents que je viens d'indiquer ; elle est donc impuissante à les faire disparaître, quand ils se sont développés.

L'incision longitudinale de la tumeur, l'enlèvement des caillots sanguins, et les pansements avec la charpie sèche ou imbibée de liqueur alcoolique, réussissent dans quelques cas ; mais l'action de ce moyen n'est pas assez sûre. Dans quelques régions, il expose à des pertes de sang, toujours à craindre chez un malade en proie à une fièvre de résorption, et, le plus souvent, il est impuissant à procurer une cure complète, qui ne peut s'obtenir qu'en détruisant les parois du kyste.

Aucune méthode ne me paraît supérieure à celle qui consiste à faire par la cautérisation une large ouverture au kyste et à cautériser ensuite toute la surface interne. L'expérience démontre que cette cautérisation dessèche les caillots sanguins, fait cesser toute odeur putride, et produit la mortification des parois du kyste, qui se détachent dans toute leur épaisseur, après un temps plus ou moins long.

Voici quelle est la manière de procéder : la peau étant détruite par une couche étroite de caustique de Vienne, placée dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, je pénètre jusqu'à la cavité du kyste par des applications répétées de pâte de Canquoin ou, en d'autres termes, de pâte de chlorure de zinc.

Chaque fois ce caustique est laissé en place pendant 24 heures; au bout de ce temps on enlève avec le bistouri la partie superficielle de l'eschare, et dans le sillon produit par cette excision on dépose une nouvelle couche de caustique. On renouvelle chaque jour cette opération. Lorsque enfin la poche sanguine est ouverte, on place le caustique dans son intérieur; on réitère les applications jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus aucun liquide de sa face interne et qu'il ne s'en dégage aucune odeur fétide.

En suivant cette pratique, j'ai pu deux fois faire cesser des symptômes graves, qui s'étaient manifestés après la ponction d'hydrocèles, contenant de la sérosité sanguinolente et des caillots de sang. Toutefois, les applications les plus remarquables que j'en ai faites sont relatives à des kystes du cou. Je vais citer l'observation des deux malades que j'ai traités de la sorte.

Kyste extrêmement volumineux, à parois osséo-cartilagineuses, développé dans la partie latérale gauche de la thyroïde et comprimant la trachée-artère; injection iodée faite sans succès; destruction complète du kyste jusqu'à la colonne vertébrale par la cautérisation; guérison.

Obs. — Le nommé Jean-Marie Quison, âgé de quarante-sept ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle Saint-Philippe, au commencement du mois d'octobre 1846. Après un mois de traitement consacré à la destruction d'hémorrhoïdes douloureuses, il appela mon attention sur une tumeur du cou, développée à gauche, au-dessous du sterno-mastoïdien, et qui avait tellement dévié la trachée-artère, que le cartilage thyroïde était porté à droite, à 6 centimètres en dehors de la ligne médiane. Il était placé presque au-dessous de l'angle de la mâchoire. Depuis quatre ans ce malade était sujet à un catarrhe chronique, avec toux fréquente et expectoration très-abondante; il était d'une faiblesse extrême, et très-gêné dans sa respiration. Depuis quatre ans il était incapable de travailler, et il avait passé ce temps à l'hôpital, tantôt dans une salle, tantôt dans une autre. Quelques-uns des chefs de service, sous lesquels il avait été placé, avaient bien soupçonné que la tumeur du cou était la cause qui entretenait le catharre chronique, mais tous avaient reculé devant le traitement chirurgical qui pouvait seul faire disparaître cette tumeur.

Au commencement de novembre 1846, jugeant que j'avais affaire à un kyste de la thyroïde, je ponctionnai la tumeur, et j'y fis une injection iodée. La ponction donna issue à une bouillie grisâtre, épaisse, et semblable à de la farine jaune. Pour en fa-

ciliter la sortie, je fus obligé de la délayer à plusieurs reprises avec de l'eau tiède, poussée dans la cavité. L'injection iodée dont je me servis était de 30 grammes ; elle contenait un tiers de teinture d'iode. Je la laissai complétement dans le kyste ; elle ne produisit pas une douleur appréciable.

Pendant les trois mois qui suivirent cette opération, le malade fut en proie à divers accidents qui menacèrent plusieurs fois sa vie, et qui nous parurent dépendre bien plus de sa maladie que de l'opération qui avait été pratiquée. Il eut une toux continue très-intense, beaucoup de gêne dans la respiratien, une fièvre incessante, et une faiblesse si grande qu'il ne pouvait pas se lever.

Il faut noter cependant que la fièvre avait surtout redoublé depuis l'injection iodée, et que, dans le mois de janvier, l'ouverture faite par le trocart devint fistuleuse, et laissa échapper du pus. Nous dûmes penser que l'opération n'avait pas été tout à fait étrangère à la gravité de la maladie ; elle n'avait rapporté, du reste, aucun changement dans l'état de la tumeur. Celle-ci, un peu diminuée après l'injection, avait repris son volume primitif et était restée stationnaire.

Vers la fin de janvier 1847, la respiration étant toujours très-gênée et la toux très-fréquente, je tentai un dernier effort. J'appliquai successivement une couche de caustique de Vienne et une couche de pâte de chlorure de zinc sur toute l'étendue de la tumeur. Cette première cautérisation avait 15 centimètres de long et 1 centimètre de large. Elle dura quarante-huit heures. A la chute de l'eschare, qui avait près d'un centimètre d'épaisseur, je fis sur le fond de la plaie une nouvelle cautérisation de quarante-huit heures. Une seconde eschare se détacha, sans que la cavité du kyste fût ouverte. Ce ne fut qu'après une troisième cautérisation et la séparation de trois couches mortifiées, dont l'ensemble avait près de 3 centimètres d'épaisseur, que, le 12 février, je pénétrai enfin dans l'intérieur du kyste. Lorsqu'il eut été débarrassé de la bouillie qu'il contenait, on put toucher la colonne vertébrale et sentir battre l'artère carotide d'une manière presque immédiate. On reconnut aussi que les parois étaient ossifiées dans quelques parties. La cavité était si vaste, que dans quelques points le doigt ne suffisait pas pour en atteindre les limites.

Du 12 au 20 février, j'y introduisis chaque jour de nouveaux morceaux de pâte de chlorure de zinc. Ce ne fut qu'après ces longues et douloureuses cautérisations que sa surface interne fut complétement desséchée. Quatorze jours après la cessation de toute cautérisation, il se sépara de lui-même et en totalité, formant une masse blanche et dure, comme le sont toutes les es-

chares produites par le chlorure de zinc.— Il avait le volume et la forme d'une grosse poire. A la place qu'il avait occupée, existait une vaste cavité qui pouvait contenir le poing d'un homme, et au fond de laquelle on apercevait la colonne vertébrale, entre le sterno-mastoïdien déjeté à gauche, et la trachée-artère déjetée à droite. Toute la surface était recouverte de bourgeons charnus, ayant partout un assez bon aspect, si ce n'est en dedans, où était restée une portion de la thyroïde hypertrophiée.

Du jour où la tumeur se détacha par cette remarquable élimination, on put sentir la trachée-artère, qui jusque-là était perdue au milieu du gonflement. Le larynx reprit peu à peu sa position normale, en se rapprochant de la ligne médiane. La toux, qui souvent ne laissait pas au malade un instant de repos pendant la nuit, cessa presque entièrement, ainsi que l'expectoration. Le teint offrit un meilleur aspect, et les forces revinrent graduellement. Débarrassé de la pénible compression à laquelle il était depuis si longtemps en proie, Quison semblait reprendre une nouvelle existence.

Cependant, soit à cause de l'âge avancé du malade, soit à cause de la présence d'une portion indurée de la thyroïde sur la face interne de la cavité qui avait succédé à la chute du kyste, la marche de la cicatrisation fut très-lente. A deux reprises différentes, je fus obligé de revenir à la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. Le mois de mars fut employé à ces opérations. Dans le cours du mois d'avril, la plaie devint chaque jour moins considérable ; elle fut entièrement guérie au commencement de mai. La trachée-artère avait alors repris sa position normale ; il ne restait à la place du kyste qu'une dureté du volume d'une noix, et une cicatrice étroite entourée de plis rayonnés, formés par la peau environnante. Le catarhe des bronches se dissipa entièrement, comme le fait celui de la vessie lorsque l'on a détruit les rétrécissements de l'urèthre qui peuvent en être la cause. Les forces revinrent graduellement, et ce malade, que j'ai revu plusieurs fois, a pu reprendre les travaux de son état qu'il avait été forcé d'interrompre depuis près de cinq années.

Kyste développé dans la partie moyenne de la glande thyroïde, et occupant la partie antérieure et latérale du cou ; deux injections iodées ; la première sans résultat, la seconde suivie d'une décomposition putride ; ouverture du kyste et cautérisation de toute sa surface interne ; cessation des accidents ; exfoliation de la tumeur ; guérison complète.

Obs. Mlle R*** était âgée de dix-huit ans, lorsqu'elle me con-

sulta pour une tumeur du volume du poing, fluctuante, parfaitement arrondie, et qui paraissait occuper la partie moyenne de la glande thyroïde. Cette tumeur faisait saillie, non-seulement en avant depuis l'os hyroïde jusqu'au sternum, mais elle soulevait à droite et à gauche, et dans la même hauteur, les deux muscles sterno-mastoïdiens. Indépendamment de la difformité impossible à dissimuler que produisait cette tumeur, elle exerçait une compression fatigante sur la trachée-artère. La respiration était haletante au moindre exercice, et Mlle *** ne pouvait renverser le cou en arrière, sans que l'on entendît un ronflement très-pénible, qui indiquait une gêne extrême dans le passage de l'air à travers les voies respiratoires.

Cette tumeur, que la malade et sa famille avaient commencé à remarquer depuis l'année 1840, faisait chaque jour de nouveaux progrès, et, depuis deux ans surtout, elle avait pris un rapide développement. Tous les résolutifs, ordinairement mis en usage, avaient été inutilement employés. La forme de la tumeur, son siége et la fluctuation qui s'y faisait sentir, me firent diagnostiquer un kyste de la thyroïde. Je proposai l'injection iodée et je pratiquai cette opération le 28 janvier 1847. La ponction donna issue à deux centilitres environ d'une sérosité sanguinolente de couleur noirâtre. Une première injection iodée, faite avec 20 grammes d'eau et 10 grammes de teinture d'iode, n'ayant produit aucune douleur, je fis une seconde injection.

Après cette nouvelle opération, il survint, dès le second jour, une fièvre intense, accompagnée d'un abattement profond. Pendant les huit jours qui suivirent, la tumeur du cou, quoique douloureuse, ne devint le siége ni de la rougeur, ni de la tuméfaction qu'aurait produites une inflammation franche; la saignée et les purgatifs furent impuissants à faire cesser l'état fébrile. Je pensai que les accidents tenaient à la décomposition putride des caillots sanguins et de la sérosité qui étaient restés dans le kyste. Ce soupçon fut converti en certitude lorsque, le 28 février, je vis s'échapper à travers la piqûre du trocart un liquide noirâtre, ayant la fétidité du sang putréfié.

Dès ce moment mon parti fut arrêté : connaissant la cause à laquelle il fallait attribuer l'augmentation croissante de la fièvre, de l'agitation et de l'anéantissement des forces, je me décidai à faire cesser toute putridité, en ouvrant largement le kyste par la cautérisation, et en desséchant par la même méthode toute sa surface interne. La nécessité de combattre les accidents, qui me paraissaient manacer sérieusement la vie de la malade, aurait suffi pour me déterminer; l'espoir d'obtenir une guérison

complète m'encouragea encore à recourir à cette médication.

Le 1er mars, je commençai la cautérisation sur la ligne médiane, avec la pâte de Vienne et le chlorure de zinc; en même temps je fis pénétrer ce dernier caustique aussi profondément que possible dans le trajet qu'avait parcouru le trocart.

Je poursuivis l'opération pendant six jours, avec les précautions que j'ai indiquées, et je ne m'arrêtai que lorsque j'eus desséché et cautérisé l'intérieur du kyste dans toute son étendue. La plaie extérieure avait alors une hauteur de 6 centimètres et une largeur de 4 centimètres. Dès que le kyste avait été ouvert en avant, j'en avais fait sortir une grande quantité de gaz et de sérosité fétides; la cavité était si profonde, qu'en y introduisant le doigt indicateur j'avais pu toucher la colonne vertébrale, à droite et à gauche de la trachée-artère. Le sixième jour, tout écoulement de matière putride ayant cessé, je me contentai de placer sur les parties latérales de l'intérieur du kyste deux bandelettes de pâte de chlorure de zinc, qui furent laissées à demeure et qui me parurent devoir compléter la cautérisation des parois. Les vives souffrances et l'insomnie que produisit, pendant six jours, cette méthode douloureuse, diminuèrent progressivement après cette dernière application.

Déjà, à partir du jour où la cautérisation avait été commencée, les symptômes généraux s'étaient amendés. Le pouls, qui battait de 130 à 140 pulsations par minute, s'abaissa jusqu'à 100; les frissons, qui se renouvelaient auparavant plusieurs fois par jour et qui avaient duré quelquefois pendant une demi-heure dans les deux jours qui précédèrent le 1er mars, cessèrent entièrement, après s'être reproduits une seule fois dans la journée du 3. La teinte vineuse et violacée de la face disparut graduellement, l'enduit saburral de la langue diminua d'épaisseur, et peu à peu, aux transpirations abondantes qui alternaient avec les frissons, succéda une chaleur douce et régulière de la peau.

Le calme ne fut complet toutefois qu'à partir du 16 mars, jour de la chute complète du kyste. Tant que celui-ci resta adhérent, il y eut de la fièvre sans frissons, de la douleur, un sommeil agité, peu d'appétit et un découragement profond; mais dès que la tumeur se fut détachée, ce qui eut lieu dix-sept jours après le début des cautérisations et douze jours après la dernière application de caustique, les douleurs cessèrent complétement; il n'y eut plus de fièvre, et la malade reprit peu à peu sa gaieté et ses forces.

Le kyste détaché avait le volume du poing; ses parois fibro-cartilagineuses avaient 12 millimètres d'épaisseur, et sa cavité

était remplie de caillots sanguins en quelque sorte carbonisés. La vaste excavation qui résultait de cette perte de substance était couverte de bourgeons charnus de bon aspect. On pansa simplement avec un linge enduit de cérat et de la charpie. La cicatrisation se fit avec tant de rapidité, qu'à la fin du mois de mars, quatorze jours après la chute de l'eschare, il ne restait plus aucune trace de la cavité, et que tout se réduisait à une plaie superficielle de 3 centimètres de diamètre.

Quelques semaines plus tard, la cicatrice était complète; elle occupait l'enfoncement placé au bas du cou, entre les deux muscles sterno-mastoïdiens, et elle avait la surface d'une pièce de deux francs. La jeune malade respirant avec liberté, et se voyant débarrassée d'une tumeur qu'il lui était impossible de masquer, n'estimait pas que sa guérison eût été achetée trop cher par les vives et longues souffrances qu'elle avait endurées.

Les résultats obtenus dans ces deux cas sont remarquables, non seulement sous le rapport de la puissance avec laquelle la cautérisation a arrêté la décomposition putride et les accidents qui en étaient la conséquence, mais encore sous le rapport de l'efficacité de ce moyen pour détruire d'une manière complète des tumeurs qui, par leur siége et leur nature, semblaient inaccessibles à toute opération.

Encouragé par ces faits, je pensai que la méthode à laquelle j'avais eu recours secondairement, et pour combattre des accidents graves, pouvait être employée utilement de prime abord, au début du traitement. Je la mis en pratique dans un cas, sous plusieurs rapports, semblable à celui qui fait le sujet de l'observation précédente; le kyste était seulement plus volumineux et la dyspnée plus fatigante.

A la suite de cautérisations successives, le kyste se détacha complétement, la cicatrisation fit des progrès rapides, et la malade, débarrassée d'un poids qui l'oppressait depuis longues années, put se livrer à la joie que lui inspirait une délivrance qu'elle n'avait pas osé espérer. Cependant, lorsqu'elle était, comme moi, dans une sécurité complète, après des courses prolongées qu'elle fit la veille du jour où elle devait quitter Lyon, il survint, sans cause appréciable, une hémorrhagie artérielle. Des circonstances qu'il est inutile de faire connaître ici empêchèrent de porter à cette malade tous les secours que réclamait son état; on se contenta d'établir sur la plaie une compression qui fut insuffisante, l'écoulement sanguin se reproduisit, et la mort survint dix jours après la première hémorrhagie. L'autopsie démontra que l'artère carotide n'avait pas été blessée, et que le sang

avait été le produit de l'artère thyroïdienne supérieure.

L'histoire de cette dernière malade devait être indiquée, pour que l'on ne fût pas conduit à tirer des deux observations précédentes des conclusions trop favorables à la cautérisation des tumeurs enkystées de la glande thyroïde. Ce cas malheureux n'enlève rien d'ailleurs à l'importance des faits que j'ai cités pour prouver avec quelle puissance la cautérisation arrête les symptômes locaux et généraux que produit la décomposition des matières contenues dans les hystes.

Emploi de la cautérisation dans les hernies étranglées, pour détruire des portions irréductibles d'épiploon. Lorsque l'on opère des hernies étranglées, on trouve quelquefois des portions d'épiploon qui adhèrent si intimement aux parois du sac, qu'il est impossible de les détacher et de les faire rentrer dans l'abdomen. La conduite à tenir dans ce cas est très-embarrassante; si on laisse l'épiploon au dehors, après avoir débridé, on a lieu de craindre qu'il ne tombe en gangrène, et que la masse putréfiée en laquelle il se convertit ne fournisse à l'absorption des matériaux nuisibles. Ce danger est surtout à craindre lorsque la portion d'épiploon est très-considérable, ainsi qu'on le voit fréquemment dans les hernies ombilicales. Pour diminuer le volume de la masse qui pourrait se gangrener au dehors de l'abdomen, on peut couper une portion de l'épiploon, après avoir lié sa base; mais alors le danger est loin d'être évité. Un étranglement véritable est la suite de cette opération, et les parties comprises dans la ligature devant se mortifier, l'on a nécessairement en partie la décomposition putride que l'on voulait éviter.

Il semble naturel alors de détacher complétement les adhérences et de faire rentrer toute la masse épiploïque. Parmi les cas dont le souvenir m'est bien présent, il en est trois où cette conduite a été tenue, et trois fois les malades sont morts dans les vingt-quatre heures. Ce résultat funeste n'a-t-il été qu'une simple coïncidence? N'a-t-il pas été plutôt la conséquence nécessaire de la réduction d'un organe, qui depuis fort longtemps n'était pas reçu dans la cavité abdominale, et qui y était rentré, suintant du sang par toutes les parties de sa surface qui avaient été détachées?

Quoi qu'il en soit, ces faits m'ont vivement inquiété, et depuis lors j'ai laissé l'épiploon au dehors, suivant le conseil de la plupart des auteurs. Toutefois, pour remédier à la décomposition putride dont cet épiploon devient habituellement le siége, j'ai pensé qu'il serait utile de le cautériser avec la pâte de chlorure de zinc. L'expérience a justifié toutes mes espérances à cet égard.

Hernie crurale étranglée; épiploon adhérent; cautérisation de l'épiploon; guérison.

Obs. — Pendant que j'étais chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'opérai une hernie crurale dont il ne me reste qu'un souvenir assez vague en ce qui concerne les détails, mais que je me rappelle avec beaucoup de précision en ce qui regarde le fait, sur lequel je veux appeler l'attention.

L'épiploon formait une masse du volume du poing, tellement adhérente, qu'il me fut impossible de la faire rentrer. Je la laissai au dehors; quelques jours après, elle devint noire, pleine de gaz, et la gangrène s'accompagna des symptômes généraux propres à cette funeste altération. Je recouvris alors de pâte de chlorure de zinc la surface de cet épiploon, et je renouvelai les cautérisations jusqu'à ce que toute la partie herniée eût été détruite. Les symptômes généraux cessèrent dès que la cautérisation eut été complète, et, à la chute de l'eschare, l'on vit une plaie de bonne nature, qui marcha rapidement à la cicatrisation.

Le souvenir de ce fait me servit de guide dans le cas que je vais faire connaître et où la cautérisation a produit les plus heureux résultats.

Hernie ombilicale très-volumineuse; épiploon adhérent; excision après une ligature préalable de cet épiploon; pansements antiseptiques; cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc; guérison.

Obs. — Le 11 juillet 1847, je fus appelé à Châlons-sur-Saône pour voir une dame affectée d'une hernie ombilicale. La pression du bandage avait ulcéré les téguments, l'air était entré dans le sac, et une inflammation très-grave s'y était manifestée. Dans cet état de choses, il n'y avait pas lieu d'insister sur les tentatives de réduction qui, faites auparavant et aidées du sommeil produit par l'éther, n'avaient pas permis d'opérer la réduction; j'ouvris le sac du haut en bas par une incision de 22 centimètres de long; la masse herniée, complétement épiploïque, avait un volume plus considérable que les deux poings, elle adhérait de toutes parts au moyen d'un tissu fibreux très-solide. J'essayai de détruire ces adhérences, mais après une dissection de plus de dix minutes, je vis qu'il en existait de plus intimes encore autour de l'anneau. Craignant d'ouvrir à cette profondeur quelque vaisseau volumineux, et me rappelant les suites funestes d'opérations semblables, dans lesquelles on avait fait la réduction après une longue dissection, je renonçai à détacher l'épiploon et à le faire rentrer dans l'abdomen. Je pris le parti de placer cinq ou six ligatures sur les prolongements saillants et isolés de l'épiploon,

et de couper les parties qui dépassaient ces ligatures. L'opération ainsi terminée, j'excisai la peau exubérante, et je pansai avec de la charpie imbibée d'alcool vulnéraire, saturé de camphre. Ces pansements furent renouvelés trois ou quatre fois par vingt-quatre heures. Le quatrième jour, 15 juillet, la plaie répandant une odeur gangréneuse, je conseillai d'en cautériser la surface avec la pâte de Canquoin. Chaque jour, MM. Sassier et Chavériat, médecins de la malade, couvrirent la tumeur épiploïque d'une couche de 3 millimètres, formée de chlorure de zinc et de farine mélangés à parties égales. Le lendemain matin, ils détachaient avec le bistouri toute la partie cautérisée, et ils ne s'arrêtaient que lorsque le sang commençait à paraître. Il fallut plus de quinze applications successives pour détruire la masse boursouflée et épaisse de plus de 4 centimètres que formait l'épiploon hernié et frappé de mortification. Les douleurs ne furent vives que le premier jour, et les cautérisations ne donnèrent lieu à aucun accident. Lorsque la chute de l'eschare eut mis la plaie intérieure au-dessous du niveau des téguments, on put rapprocher les bords de la peau conservée intacte, et six semaines après l'opération, une cicatrice solide s'était formée au-devant de la hernie.

MM. les docteurs Sassier et Chavériat, de Châlons, qui ont suivi la maladie et fait toutes les applications caustiques, ont été très-frappés des résultats obtenus.

L'un de ces médecins, m'écrivant pendant le cours du traitement, pour me rendre compte de ce qui avait été fait, n'hésitait pas à considérer comme merveilleux le changement produit par la cautérisation.

Résumé. — En résumé, la cautérisation est un moyen puissant d'arrêter les accidents graves qui succèdent aux plaies par instrument tranchant, et tout fait penser que les seuls cas où elle reste impuissante sont ceux où les lésions sont si étendues et si profondes, qu'elle ne peut les atteindre.

Considérée dans ses rapports avec la phlébite, la résorption purulente, l'érysipèle, la décomposition putride, elle se montre sous son véritable jour et avec une utilité telle, qu'aucune autre méthode ne peut lui être substituée.

Ce point de thérapeutique est d'une importance vraiment capitale. Depuis 1836, je ne cesse de le développer dans mes cours et dans mes Mémoires, tant je voudrais pouvoir le vulgariser et faire passer dans l'esprit de tous la conviction dont je suis animé.

Lorsqu'une opération est indispensable, la méthode sous-cutanée doit incontestablement être préférée à toute autre, si elle

permet d'atteindre le but physique pour lequel l'opération est instituée. Les douleurs que l'on produit dans l'emploi de cette méthode sont passagères, peuvent être complétement masquées par l'éthérisation. Les suites en sont toujours d'une extrême simplicité ; point d'inflammation, point de suppuration, point de décomposition putride, et par suite aucun des accidents qui peuvent succéder à ces complications. Enfin la guérison est prompte, et aucune cicatrice n'indique la trace de l'opération.

Lorsque cette méthode, conquête inappréciable de la chirurgie moderne, ne peut être employée, la cautérisation me paraît devoir être mise en usage dans la grande majorité des cas. Elle occasionne, il est vrai, de vives douleurs et laisse à sa suite des cicatrices difformes, mais elle a un caractère d'innocuité qu'on est loin de retrouver dans les opérations sanglantes qui nécessitent une grande incision de la peau.

Il est des circonstances, cependant, où ce dernier genre d'opérations est seul applicable ; alors, si la solution de continuité devient le point de départ de ces inflammations graves qui se propagent le long de la peau, du tissu cellulaire ou des veines, c'est à la cautérisation qu'il faudra recourir pour fixer ces lésions et empêcher leur progression ultérieure.

Cette méthode est aussi puissante qu'elle est mal appréciée. J'espère que les nouveaux faits que renferme ce Mémoire contribueront à détruire les préventions dont elle est l'objet, et qu'appliquée dans les cas qui la réclament, elle sauvera la vie à quelques-uns de ces opérés, que l'usage est d'abandonner à leur malheureux sort, lorsque les accidents de l'ordre de ceux dont il est question dans ce travail viennent à se manifester.

OPHTHALMOLOGIE. — 22. *Mémoire sur un nouveau procédé de traitement de la fistule lacrymale* ; par le docteur REYBARD, de Lyon.

(Revue médico-chirurgicale, avril 1848.)

Je m'étais d'abord proposé d'offrir au public médical et d'exposer, dans un mémoire plus étendu et plus détaillé que celui-ci, les modifications et les divers perfectionnements que j'avais apportés dans le cours de ma pratique aux méthodes de traitement des fistules lacrymales par la dilatation ; mais préférant à toutes ces méthodes les procédés de Woolhouse et de Hunter que j'ai repris et combinés en les perfectionnant, je vais simplement décrire cette méthode empruntée et vraiment nouvelle pourtant, que, par un singulier avantage, on peut appliquer aux cas les plus variés qui peuvent se rencontrer dans ces maladies.

Lorsqu'on réfléchit au peu d'épaisseur de la cloison qui sépare le sac lacrymal de la cavité nasale, la pensée d'y faire une ouverture se présente bientôt : elle est, en effet, si mince, et le trajet que les larmes ont à parcourir pour passer de l'une de ces cavités dans l'autre est si court, qu'il m'a toujours semblé qu'une ouverture de cette espèce devait constituer un mode de traitement efficace et des plus rationnels : aussi, préoccupé de l'idée que, si on pouvait lui donner une étendue convenable et la rendre permanente, on rétablirait plus facilement le cours des larmes par cette voie artificielle que par la voie naturelle, suis-je parvenu, après des recherches nombreuses et des investigations attentives à découvrir un moyen qui me permet d'obtenir, de la manière la plus simple et la plus satisfaisante, le résultat que j'avais entrevu.

On hésite pourtant; car, si le succès de l'opération, qui doit donner aux larmes une issue artificielle, repose autant sur la grandeur que sur la conservation de l'ouverture faite à l'os unguis, on ne peut oublier que cette opération, après de rares succès, est généralement abandonnée aujourd'hui.

En analysant avec soin les différents procédés dont se compose la méthode ancienne, il m'a été facile d'attribuer son insuffisance à l'impossibilité dans laquelle on est d'obtenir une ouverture large et permanente ; et alors, perfectionnant le procédé de Hunter, j'ai pratiqué à l'os unguis une ouverture avec perte de substance qui peut se maintenir sans le secours de la dilatation, et amener la guérison la plus rapide de la fistule. La méthode de Dupuytren, d'après laquelle on introduit une canule dans le canal nasal, est bien loin d'être aussi sûre et n'est pas plus prompte.

Pour faciliter l'exposition de ce nouveau procédé et en faire saisir l'importance, pour pouvoir surtout comparer nos procédés opératoires avec ceux de la méthode ancienne, nous allons commencer par décrire ces derniers.

Méthode ancienne. — La méthode, par laquelle on cherche à rétablir le cours des larmes en les faisant passer directement du sac lacrymal dans la cavité nasale, est la plus ancienne. Archigène, Aétius, Paul d'Egine, perçaient déjà l'os unguis avec un foret pour obliger les larmes à passer dans le nez : mais cette pratique était entièrement tombée en désuétude au commencement du dix-huitième siècle, puisque tous les auteurs qui ont écrit depuis cette époque en font honneur à Woolhouse, dont elle porte le nom.

Voici les divers procédés de cette méthode qui était, comme on le sait, la seule employée jusqu'au temps de J.-L. Petit.

1° *Procédé de Woolhouse.* — Dans ce procédé, l'auteur fait une incision semi-lunaire, qui ouvre le sac dans toute son étendue. Au dire de M. Malgaigne, il mettait même l'os unguis à nu, en extirpant le sac lacrymal. Il perce ensuite cet os avec une tige pointue qu'il enfonce obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière, jusque dans les fosses nasales.

En enfonçant l'instrument dans cette direction, on pratique une ouverture dans la partie la plus déclive du sac lacrymal, laquelle correspond premièrement à la partie antérieure du méat moyen, entre le cornet supérieur et le cornet moyen ; et l'on évite de cette manière de pénétrer dans les cellules ethmoïdales et de blesser la cloison du nez.

Lorsque cette ouverture est faite, l'auteur y introduit une mèche de charpie ou une canule conique pour l'empêcher de se fermer ; puis lorsque les bords en sont cicatrisés, il y place une petite canule d'or un peu étranglée à sa partie moyenne, pour qu'elle ne puisse s'échapper ni en dedans ni en dehors ; et il la laisse à demeure.

2° *Procédé de Monro.* — Monro, Scobinger, Boudon, se servaient d'un trois-quarts pour la perforation de l'os unguis ; Ravaton employait une pince recourbée avec laquelle il brisait l'os dans une étendue considérable ; et après l'opération, les uns et les autres cherchaient à maintenir l'ouverture artificielle, à l'aide d'une mèche, d'une tente, d'une canule, etc.

3° *Procédé par le cautère actuel.* — Guy-de-Chauliac, Lacharrière, Dionis, Wiseman, Saint-Yves conseillent le cautère actuel, qu'ils conduisent sur la paroi interne du sac lacrymal à travers une canule protectrice, en forme d'entonnoir (1).

Ce procédé était entièrement oublié, lorsque Scarpa le ramena dans la pratique, en annonçant qu'on devait le préférer aux instruments pointus; car, dit-il, en faisant éprouver aux parties une perte de substance, l'ouverture doit être plus grande et moins exposée à se refermer que celle qui résultait de leur simple perforation.

4° *Procédé de Hunter.* — Dans la vue de prévenir le rétrécissement et l'oblitération de l'ouverture, Hunter imagina un instrument avec lequel il croyait enlever à la fois un disque de l'os unguis et des deux membranes, entre lesquelles il se trouve placé, de manière à former une ouverture circulaire, large d'une à deux

(1) Il y a dans cet historique quelques inexactitudes, principalement en ce qui concerne les anciens, qui, ne connaissant pas le trajet des larmes, ne pouvaient pas avoir l'idée de le rétablir. (*Note du rédacteur.*)

lignes. Cet instrument est une espèce de canule tranchante semblable à l'emporte-pièce des bourreliers. Elle renferme un stylet de fer ou d'argent qui la remplit exactement, et dont les extrémités sont arrondies. Outre cette canule, une plaque en corne ou en ébène, recourbée de manière à pouvoir être portée dans le méat moyen des fosses nasales, est encore nécessaire à cette opération. Elle est destinée à fournir un point d'appui à l'emporte-pièce, sans lequel celui-ci ne pourrait donner à l'ouverture, ni l'étendue, ni la forme ronde qu'on se propose.

Le sac lacrymal étant incisé comme dans la méthode de J.-L. Petit, l'auteur prend la plaque de corne, l'introduit dans la fosse nasale, et l'engage entre l'extrémité antérieure du cornet moyen et la partie correspondante de la paroi externe de cette fosse. Ensuite il introduit par la plaie, dans le sac lacrymal, le stylet qui doit servir de conducteur à l'emporte-pièce. Lorsque le dernier instrument touche la partie inférieure de la gouttière lacrymale, un aide relève le stylet, et le chirurgien, tenant la plaque de corne d'une main et de l'autre l'emporte-pièce, appuie fortement cet instrument en le faisant tourner sur l'os unguis, pendant qu'il applique fortement la plaque contre la face interne de cet os, pour opposer une résistance proportionnée au degré de force avec lequel il fait agir l'emporte-pièce. En procédant ainsi, on doit, dit l'auteur, obtenir une perforation nette et large, qu'il, doit suffire de panser pendant quelques jours, avec une mèche de charpie, pour que ses bords se cicatrisent séparément, s'arrondissent et deviennent calleux.

L'idée de se servir d'un emporte-pièce pour percer l'os unguis est sans contredit une idée des plus heureuses, car l'ouverture qui en résulte doit présenter les conditions les plus favorables pour se maintenir et se conserver; mais fait-on éprouver avec cet instrument une perte de substance à l'os unguis, et l'ouverture qui en résulte a-t-elle réellement la forme et l'étendue de l'emporte-pièce ? C'est ce que je ne saurais admettre. Je crois, au contraire, qu'il agit comme tous les instruments de perforation, qu'il brise l'os et déchire simplement les membranes qui le tapissent. Sous ce point de vue, je partage du reste l'opinion de tous les chirurgiens qui ont parlé du procédé en question. Cette opinion était sans doute aussi celle de Hunter lui-même : il paraît, en effet, que cet auteur n'avait pas une grande confiance en son procédé et qu'il ne l'a peut-être pas appliqué sur le vivant, ou qu'il l'a abandonné après quelques tentatives, puisqu'il n'a pas trouvé à propos de le publier, et qu'on ne le connaît que par la description qu'en a faite Audiberti, chirurgien du roi

de Sardaigne, à son retour à Paris d'un voyage à Londres. Il paraît aussi que cette opération a été très-rarement pratiquée ; car personne, au dire de M. Velpeau, à l'exception de MM. Talabère, Rougier, et Janson qui s'en est servi douze à quinze fois et qui la blâme, ne l'a tentée sur le vivant. M. Talrich, à l'aide de son compas emporte-pièce, et M. Montain, de Lyon, avec son trépan, ont cru ajouter quelques perfectionnements à cette méthode ; mais les résultats obtenus n'ont point engagé les chirurgiens à adopter leur pratique.

Plus récemment, M. Gerdy a proposé une opération qui se rapproche beaucoup de celle dont nous nous entretenons.

« Dans la fistule lacrymale, j'ai employé, dit ce savant professeur, une opération nouvelle, la rhinotomie lacrymale. Pour la pratiquer, j'introduis dans le canal un scalpel étroit, courbé en serpette à son extrémité. Je coupe l'unguis de bas en haut, le long de son bord antérieur. Je reporte ensuite le tranchant en arrière et en dedans, pour diviser de bas en haut l'os unguis le long de son bord postérieur à peu près. Enfin, je fais consolider, au moyen de grosses mèches, la paroi interne du canal dans un état d'écartement qui assure la dilatation du canal osseux et du canal membraneux. J'ai aussi, dans quelques cas, excisé la paroi interne du canal, détachée par l'opération précédente, et réduit immédiatement le canal en une gouttière ; mais cette dernière opération est douloureuse, et j'aime mieux m'en tenir à la première. »

On voit, d'après ce que je viens de dire, que le procédé de Hunter a été abandonné parce qu'il était imparfait. Pour mon compte, j'ai pu m'assurer, en expérimentant sur le cadavre, qu'il était le plus souvent impossible de faire éprouver une perte de substance à l'os unguis, en le perçant avec l'emporte-pièce du célèbre chirurgien anglais, par la raison que le point d'appui que doit lui fournir la plaque nasale est rendu tout à fait insuffisant, et, enfin, parce qu'il n'y a pas accord de mouvement entre la main qui fait agir l'emporte-pièce et celle qui dirige la corne ; or, si l'os unguis n'est pas soutenu exactement par sa face interne pendant qu'on agit sur lui par sa face externe, évidemment l'emporte-pièce doit le briser, et déchirer les membranes qui lui sont adhérentes, au lieu de les couper nettement et d'une manière circulaire : et c'est en effet ce qui arrive. En définitive, les résultats de cette opération sont les mêmes que ceux qu'on obtient avec les instruments piquants, le trois-quarts, par exemple ; aussi ce procédé a-t-il été délaissé et abandonné à l'égal de tous ceux dont se compose la méthode de Woolhouse.

Mais de l'abandon dans lequel est tombée l'ancienne méthode, s'ensuit-il qu'elle soit vicieuse, irrationnelle, et qu'on ne puisse pas trouver en elle le moyen de guérir la fistule lacrymale? A cette question, je peux hardiment répondre que non ; je crois, au contraire, ainsi que je l'ai déjà dit, que, lorsqu'on parviendra à établir une ouverture permanente à l'os unguis, ce résultat sera obtenu.

J'ai déjà dit que la méthode de Hunter paraissait séduisante, et que les praticiens ne l'avaient abandonnée qu'à cause de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient de faire éprouver une perte de substance à l'os unguis; aussi, quoiqu'on soit très-rarement parvenu à guérir par son moyen, ai-je conservé une opinion très-favorable de cette opération.

Dans la persuasion où j'étais que la guérison des fistules n'était pas obtenue, d'un côté, parce qu'on ne faisait à l'os unguis ni une ouverture avec perte de substance, ni une ouverture proportionnée au volume de l'emporte-pièce de Hunter; dominé, d'autre part, par la pensée qu'une ouverture de cette espèce devait cependant se maintenir dans une largeur suffisante pour rétablir le cours des larmes, je me suis livré, avec plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, à l'étude du procédé du célèbre chirurgien anglais, et j'ai été assez heureux dans les recherches que j'ai faites pour le perfectionner, ou plutôt pour inventer un instrument avec lequel je puis, sans le secours de sa plaque nasale, faire éprouver à l'os unguis une véritable perte de substance, et y pratiquer une ouverture assez large pour se maintenir seule, c'est-à-dire pour se cicatriser et conserver toute sa largeur sans avoir recours à la dilatation.

Lorsqu'on réfléchit aux rapports qui existent entre le sac lacrymal et la cavité nasale, au peu d'épaisseur de la cloison qui sépare ces cavités, à sa nature osseuse, il est facile de comprendre pourquoi l'ouverture qu'on y pratique doit se maintenir. Dans mon opinion, elle doit se maintenir parce que l'ouverture a plus de largeur qu'elle n'a de longueur. Je crois même qu'une plaie ronde de cette espèce, qui a plus de deux lignes de diamètre, ne doit pour ainsi dire pas se rétrécir en se cicatrisant. Aussi, dans cette persuasion, n'ai-je pas eu recours après l'opération aux corps dilatants pour prévenir son resserrement, et la guérison des fistules n'a-t-elle pas tardé à justifier l'opinion où j'étais qu'on pouvait s'en passer. Cette opinion repose sur des motifs si faciles à comprendre, pour quiconque sait que les membranes qui tapissent l'os unguis en dedans et en dehors sont très-minces et lui sont très-adhérentes, qu'il devient presque inutile d'en donner l'explication.

Quelles que soient les lois physiologiques qui président à la circulation des larmes à travers leurs conduits naturels avant d'arriver dans le nez, je crois qu'il est impossible qu'une ouverture artificielle à l'os unguis ne puisse pas toujours remplacer efficacement le canal, et suffire pour donner passage aux larmes dans les cas de fistule. Comment, en effet, supposer que les larmes puissent s'arrêter et s'accumuler dans le sac lacrymal, lorsqu'une ouverture de plus de deux lignes de diamètre se trouve dans sa partie la plus déclive ? Croira-t-on encore que le syphon lacrymal doit cesser ses fonctions, parce que les larmes cessent de circuler dans une partie de leurs couloirs naturels ? Une pareille opinion ne me paraît plus admissible. Le raisonnement la repousse, et l'observation clinique démontre qu'elle n'est pas fondée.

Pour que les larmes s'accumulassent dans le sac lacrymal, lorsque celui-ci présente une ouverture libre pour leur écoulement dans le nez, il faudrait les supposer douées d'une faculté élective qu'elles n'ont pas; il faudrait en même temps méconnaître les lois de physique les plus vulgaires, celles de la pesanteur des corps.

Mais les théories que l'on a émises sur le syphon lacrymal, et par lesquelles on cherche à démontrer que la circulation des larmes doit s'arrêter lorsqu'elles cessent de parcourir leurs conduits naturels, ne tombent-elles pas devant les guérisons de fistules lacrymales qui ont été obtenues, lorsqu'on a été assez heureux pour faire une large ouverture à l'os unguis et rendre celle-ci permanente par la dilatation ? Dans ces cas, en effet, n'est-ce pas une ouverture artificielle que les larmes traversent pour arriver dans le nez ?

Après avoir démontré que le procédé de Hunter était inefficace, parce que, au lieu de faire une ouverture à l'os unguis en lui faisant éprouver une perte de substance, il n'y faisait, au contraire, qu'une simple perforation ; après avoir démontré qu'il était très-difficile, et le plus souvent impossible, de rendre ces sortes d'ouvertures permanentes; après avoir avancé, d'autre part, qu'une ouverture avec perte de substance à l'os unguis pouvait cependant se maintenir seule et suffire au rétablissement du cours des larmes, je vais parler de l'instrument que j'ai imaginé pour la pratiquer; dire la manière de s'en servir, et indiquer enfin les résultats fournis par son application.

Mon instrument n'est pas une simple canule emporte-pièce : il se compose, au contraire, de deux parties assemblées, mobiles l'une sur l'autre, et parfaitement distinctes par leur usage. En effet, l'une de ces parties est une espèce de perforateur (A, fig. 1)

qui, après avoir traversé l'os unguis à la manière d'une vrille, a encore pour usage de le fixer ou de lui servir de point d'appui pendant qu'il dirige la canule qui doit le couper. La seconde partie est une canule emporte-pièce, B, avec laquelle on coupe cet os, ainsi que les membranes des deux cavités qu'il sépare. Ces deux parties se meuvent l'une sur l'autre avec d'autant plus de précision que c'est une vis qui en règle les mouvements.

Fig. 1.

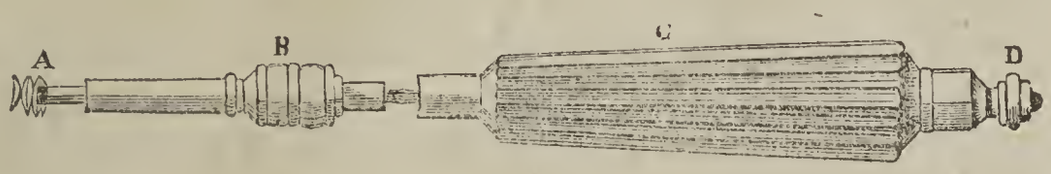
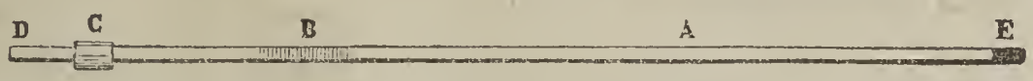


Fig. 2.



L'une des parties de cet instrument est une douille d'acier d'environ 3 pouces de longueur, de 5 millimètres de diamètre pour un adulte. Elle n'est pas également creusée dans toute sa longueur. Sa partie antérieure est évidée comme une sonde, et se termine par une ouverture de 5 millimètres de largeur. Le bord de cette ouverture est tranchant comme celui de la canule emporte-pièce de Hunter.

L'ouverture de l'autre moitié de la douille a beaucoup moins d'étendue que celle de la première. Elle est taraudée dans une étendue d'environ 6 lignes. En dehors et près de son extrémité externe, la douille présente un volume plus considérable, afin de la saisir avec plus de facilité avec les doigts, et d'agir avec plus de force sur elle lorsqu'on veut ouvrir et fermer l'instrument.

La seconde partie de l'instrument, que j'ai dit représenter une espèce de perforateur, se compose d'une tige d'acier de 7 à 8 pouces de longueur (D, E, fig. 2) et d'un bouton à vis, ayant la plus grande analogie avec une mèche de vrille ; la moitié de cette tige est cachée dans un manche de corne ou d'ébène (C, fig. 1), et l'autre moitié se trouve en rapport avec la douille. Cette dernière partie de la tige présente un pas de vis de 6 à 8 lignes de longueur (B, fig. 2). C'est sur cette vis que la douille se meut.

Le bouton à vis (A, fig. 1) a une forme conique. Long de 7 à 8 millimètres, il présente à sa base une surface plane de 5 millimètres de largeur, suivant qu'on veut s'en servir pour un adulte ou pour un enfant. Sa pointe, qui est très-acérée, ressemble exactement à celle d'une mèche de vrille.

Ses pas de vis sont très-saillants, minces, et en quelque sorte tranchants. Les anfractuosités qui les séparent sont très-profondes et disposées de telle façon que, malgré son volume apparent, ce bouton ne fait néanmoins à l'os unguis qu'une ouverture de

1 millimètre. Ce bouton, qui se visse sur l'extrémité libre de la tige centrale (E, fig. 2), et qui est placé au bout de la canule, a exactement la même largeur que l'ouverture de celle-ci; il est, en outre, si rapproché de cette dernière, qu'il paraît lui être contigu. Ces parties ne sont cependant pas contiguës, mais simplement rapprochées autant qu'il est possible, afin que les parties qui se trouvent placées entre elles puissent être complétement divisées lorsque l'instrument est fermé.

D'après la disposition des deux principales parties de cet instrument, on voit qu'on le ferme en vissant la canule sur la tige centrale, et qu'il est entièrement fermé lorsqu'elle est vissée à fond. Par opposition, on l'ouvre, au contraire, en dévissant la canule, et il est entièrement ouvert lorsque la canule s'applique contre le manche. On voit aussi que c'est en fermant ou en vissant à fond la canule sur la tige, qu'on lui fait couper l'os unguis et toutes les parties qui se trouvent placées entre son contour tranchant et le bouton à vis.

Voilà l'instrument avec lequel, après avoir percé l'os unguis, je lui fais éprouver une perte de substance; avec lequel je pratique une ouverture de plus de 5 millimètres de largeur, laquelle, étant ronde, peut se cicatriser sans se rétrécir, et se maintenir dans la même dimension sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des pansements consécutifs.

Manuel opératoire. — L'opération de la fistule lacrymale par mon procédé se compose de quatre temps, savoir 1° de l'incision du sac lacrymal; 2° de l'introduction de l'instrument dans le sac lacrymal; 3° de l'action de percer l'os unguis pour faire pénétrer le bouton à vis dans la cavité nasale; 4° de l'action d'enlever une portion de cet os, et faire une ouverture avec perte de substance à la cloison qui sépare le sac lacrymal de la cavité.

Premier temps. — J'incise le sac lacrymal aussi largement que possible, suivant le procédé de J.-L. Petit.

Deuxième temps. — Immédiatement après l'ouverture du sac lacrymal, j'introduis mon instrument dans sa cavité, en ayant soin, pour lui faire traverser la plaie, de le tourner entre les doigts comme une percerette de menuisier : sans cette précaution, comme la plaie faite au sac lacrymal représente une ouverture allongée ou une simple fente, dont les bords fibreux et résistants ne s'écartent pas, le second temps de l'opération, ou l'introduction de l'instrument, serait rendu très-difficile ou même impossible.

Troisième temps. — Lorsque l'instrument a pénétré dans le sac lacrymal, et que la pointe se trouve en rapport avec la partie inférieure de sa cavité, je lui fais traverser l'os unguis, en le

poussant obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière, et en le faisant tourner en même temps comme une percerette de menuisier. Lorsque je lui ai fait exécuter trois mouvements de rotation, j'ouvre un peu l'instrument en dévissant la canule, de manière à mettre deux ou trois lignes d'intervalle entre le rond tranchant de celle-ci et le bouton à vis. Après cela, je continue à tourner jusqu'à ce que le bouton à vis ait pénétré dans la cavité nasale. Lorsque je présume qu'il y a pénétré, je donne aussitôt un peu d'ouverture à l'instrument en dévissant encore un peu sa canule, afin de pouvoir m'assurer que la cloison formée par l'os unguis se trouve exactement placée entre le bouton à vis et le rond tranchant de la canule.

Quatrième temps. — Avant de passer au quatrième temps de l'opération, je m'assure d'abord si l'instrument a pénétré dans la cavité nasale, s'il a traversé l'os unguis, et s'il n'a pas pénétré dans les cellules ethmoïdales.

On reconnaît que le bouton à vis a traversé l'os unguis et qu'il est libre dans la cavité nasale, lorsque, en essayant de le retirer et de l'enfoncer alternativement, après l'avoir dévissé ou l'avoir ouvert davantage, on peut lui imprimer de légers mouvements de va-et-vient, et lorsqu'enfin il devient impossible de le retirer sans employer une force capable de briser l'os unguis.

Pour couper la cloison qui sépare le sac lacrymal de la cavité nasale, et lui faire éprouver une perte de substance égale en largeur à celle du bord tranchant de la canule, d'une main je saisis l'instrument par son manche, et, pendant que je le tiens dans l'immobilité, avec les doigts de l'autre main je fais tourner la canule jusqu'à ce qu'elle soit vissée à fond, et je coupe ainsi toutes les parties qui se trouvent placées entre son tranchant et le bouton à vis qui leur sert de support ou de point d'appui.

Quoique la cloison qu'il s'agit de détruire soit en général complétement divisée lorsque l'instrument est fermé, je conseille néanmoins, avant de le retirer, de recommencer le quatrième temps de l'opération, c'est-à-dire d'ouvrir et de fermer de nouveau une fois ou deux, après toutefois lui avoir imprimé un léger mouvement de rotation.

En prenant cette précaution, on divise assurément toutes les parties qui ont pu échapper à la première incision. Enfin, en retirant l'instrument fermé, je lui imprime encore un léger mouvement de rotation pour déchirer les filaments de membranes qui ont pu échapper à la division. Lorsque l'opération est bien faite, on retire l'instrument sans la plus petite résistance, à moins que le trou que l'on a pratiqué à l'os unguis avec le per-

forateur ne se trouve placé trop près de son articulation avec le bord de l'apophyse montante de l'os maxillaire, qui concourt à la formation de la cavité osseuse qui longe le sac lacrymal.

Dans ces cas, l'opération est rendue impossible, d'un côté, parce qu'on ne peut pas couper l'os maxillaire ; de l'autre, parce que celui-ci ayant plus d'épaisseur que l'os unguis, il rend la division de ce dernier impraticable. On reconnaît que l'on a percé l'os unguis trop près de l'os maxillaire, et que l'on n'a pas pu le couper, à l'impossibilité de retirer l'instrument lorsqu'on croit avoir coupé l'os unguis, à moins d'employer une force capable de briser l'os et déchirer les membranes qui lui sont adhérentes.

Que faire dans ce cas? Faut-il retirer l'instrument, ou vaut-il mieux achever l'opération en portant l'instrument un peu plus en arrière pour l'éloigner de l'os maxillaire ?

D'abord, on ne pourrait retirer l'instrument qu'en déchirant les parties. De toute nécessité, il faut donc, après avoir ouvert un peu l'instrument, faire glisser la tige du perforateur en arrière pour placer le bouton à vis sous l'os unguis et en relever une nouvelle portion, la moitié d'un disque, par exemple. Il est vrai qu'en opérant de cette manière on ne fait à l'os unguis, ni une ouverture régulière, ni aussi large que celle de la canule.

J'ajouterai que, lorsque la division de l'os unguis est empêchée par l'os maxillaire, et qu'on se trouve dans la nécessité de faire l'ouverture en deux temps pour lui donner plus de largeur, on peut opérer son élargissement au moment de l'opération ou quelques jours plus tard, en ayant la précaution, toutefois, de dilater l'ouverture du sac lacrymal avec un morceau d'éponge préparée, et de lui donner une étendue au moins égale au volume de la canule de mon instrument.

Telle est la manière de se servir de mon instrument, tels sont les divers temps dont se compose l'opération de la fistule lacrymale suivant mon procédé. On voit que, dans ce procédé, on perce l'os unguis avec le bouton à vis, et que ce n'est qu'après que celui-ci l'a traversé et qu'il lui offre un point d'appui qu'on fait agir la canule, avec laquelle on en fait l'ablation; qu'on y pratique, enfin, une ouverture arrondie et régulière.

Telles sont la forme de mon instrument et l'heureuse disposition de ses parties, qu'il suffit de le voir pour comprendre son mode d'action. En effet, si on ne pouvait pas en faire l'application sur le cadavre pour savoir comment il perce l'os unguis, on pourrait néanmoins déjà annoncer qu'il y fait une ouverture ronde, en voyant la précision avec laquelle il perfore un gant de peau.

Malgré la facilité avec laquelle on pratique l'opération de la fistule lacrymale avec mon instrument, je conseille néanmoins, et au besoin je recommande aux praticiens, de l'expérimenter sur le cadavre. Ces expériences, j'en suis convaincu, les disposeront favorablement pour cette opération.

Je ne ferai pas l'histoire détaillée des malades que j'ai traités et guéris par mon procédé opératoire; je me bornerai à les énoncer et à dire que, sur les vingt-sept malades que j'ai opérés, dix-huit sont guéris aussi rapidement que lorsqu'on les traite par la canule suivant le procédé de Dupuytren; c'est-à-dire qu'ils se sont trouvés guéris, sans que j'aie été obligé de recourir à un traitement consécutif pour combattre l'inflammation chronique de la membrane muqueuse du sac, qui, ainsi qu'on ne saurait le méconnaître, complique toujours la fistule lacrymale.

Les neuf autres opérés, auxquels je me suis cru obligé de faire subir un traitement consécutif, étaient, en général, des malades d'une constitution scrofuleuse, chez lesquels l'inflammation chronique de la membrane muqueuse, qui était en quelque sorte gonflée, ramollie, et sans doute criblée de petites ulcérations, compliquait la fistule.

Parmi les différentes applications que j'ai faites pour combattre l'engorgement chronique de cette membrane, celle qui m'a le mieux réussi et que je recommande de préférence à tous les autres, est la cautérisation modificatrice avec le nitrate d'argent.

Voici de quelle manière je pratique celle-ci : je prépare trois à quatre boulettes de charpie de la grosseur d'une lentille ; je les attache avec un fil les unes après les autres, et à un centimètre de distance environ. Après les avoir enduites de cérat ou d'onguent basilicum, je les saupoudre légèrement de nitrate d'argent réduit en poudre fine, que je fais pénétrer autant que possible entre les brins de charpie. Cela fait, je les introduis les unes après les autres dans le sac lacrymal, à l'aide d'un stylet boutonné, légèrement recourbé à sa pointe, en ayant la précaution de les diriger du côté de la partie supérieure de la cavité du sac lacrymal.

On comprend d'avance que, pour pouvoir les introduire, il faut avoir préalablement et peu à peu dilaté l'ouverture du sac lacrymal avec des morceaux d'éponge préparée ou de corde à boyau.

Lorsque ces rouleaux de charpie ont séjourné environ deux heures dans le sac lacrymal, je les retire avec le fil auquel ils sont attachés.

La quantité de nitrate d'argent employée dans chaque application est d'environ deux grains et demi ; ordinairement j'en fais deux, à huit jours de distance. Dans deux cas, j'ai été obligé d'en faire trois.

Il faut employer ce caustique à très-petite dose; car, au lieu de mortifier les parties, il doit simplement faire une cautérisation modificatrice ; il suffit, en effet, de changer l'inflammation chronique de la membrane muqueuse en inflammation aiguë, pour amener la résolution de l'engorgement chronique dans lequel elle se trouve. Lorsque la résolution est opérée, lorsque les mucosités sécrétées sont moins abondantes et ont perdu leur nature puriforme, je laise cicatriser l'ouverture du sac lacrymal, et la guérison est achevée.

Quelquefois l'inflammation de la muqueuse que ces applications déterminent s'étend à la peau du grand angle de l'œil. Cette inflammation est aussi quelquefois provoquée par la dilatation de la plaie du sac lacrymal ; mais, dans l'un et l'autre cas, elle ne constitue pas un accident grave. On lui oppose les antiphlogistiques ordinaires.

---

23. *Fistule du conduit lacrymal inférieur consécutive à un abcès de la paupière; traitement par le cautère actuel; guérison*; par e d octeur Tavignot.

(Gazette médicale de Paris, N° 21 ; 1848.)

Les fistules des conduits lacrymaux sont très-rares, et plus d'un chirurgien, même parmi ceux qui s'occupent plus particulièrement des maladies des yeux, n'en ont pas encore rencontré un seul exemple dans leur pratique. L'étude de cette affection est donc nécessairement incomplète ; aussi la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'ophthalmologie l'ont-ils passée sous silence. Je suis moi-même de ce nombre ; mais je vais, grâce au hasard qui m'a fourni l'occasion d'observer un cas nouveau et intéressant de fistule du conduit lacrymal, réparer aujourd'hui cette regrettable omission.

Obs. — Le 17 octobre 1847, mon ami, Alph. Désirabode, administrateur du château de Saint-Cloud, m'adressa le citoyen Garaud, père de l'inspecteur général des beaux-arts. Cet homme, âgé de 66 ans, jouit habituellement d'une bonne santé, et n'a jamais rien éprouvé du côté de la vue, excepté depuis trois mois.

A cette époque, l'œil droit devint rouge, douloureux, larmoyant; la paupière inférieure était tuméfiée, et son bord libre renversé en dehors. Le malade n'a pas remarqué que la narine

droite fût plus sèche que celle du côté opposé. Examen fait de l'état des parties, je constate :

Une tuméfaction comme fongueuse de la conjonctive palpébrale inférieure, dans sa moitié interne spécialement ; il en résulte que l'ectropion est plus prononcé du côté du grand angle de l'œil que du côté externe.

Le point lacrymal inférieur est dévié en dehors, et lorsqu'on presse avec la pulpe du doigt vers l'angle interne de l'orbite, il donne issue à une certaine quantité de matière purulente.

Tout à fait vers l'angle interne de la paupière, un peu au-dessous du niveau du point lacrymal inférieur et en regard de la commissure, existe un orifice fistuleux très-petit. Cette ouverture cutanée est arrondie, sans boursouflement ni rougeur ; elle a l'étendue d'un point lacrymal ordinaire, et laisse suinter par intervalle un liquide transparent analogue aux larmes.

A l'aide d'un stylet très-fin, on arrive par cette fistulette dans une cavité formée aux dépens des tissus de la paupière inférieure et capable de loger une amande ordinaire. Après plusieurs tentatives modérées, on peut, sans rompre aucune partie intermédiaire, faire ressortir le stylet par le point lacrymal inférieur. Le même stylet, introduit d'abord par le point lacrymal inférieur, ressort également, après avoir surmonté les mêmes obstacles, par la fistule cutanée susindiquée.

Il n'existe aucun signe de tumeur lacrymale. La conjonctive palpébrale est injectée, mais les tissus propres de l'œil sont à l'état normal.

Le traitement a d'abord consisté en injections détersives et astringentes, faites avec la seringue d'Anel par le point lacrymal inférieur ; en collyres d'huile camphrée, puis de chlorure de sodium. J'avais prescrit également au malade d'exercer de temps en temps une légère pression sur la base de la paupière pour vider le clapier de la matière purulente qui séjournait dans son intérieur. Mes conseils furent ponctuellement suivis.

Le 2 décembre. Il n'existe plus de gonflement à la paupière, plus d'ectropion ; la muqueuse palpébrale est à l'état à peu près normal ; il n'y a plus d'épiphora habituel ; les paupières sont encore collées entre elles le matin. Voilà le seul symptôme subjectif qui persiste aujourd'hui... ; de temps en temps il sort encore un peu de matière purulente par le point lacrymal inférieur. En pratiquant le cathétérisme de la manière que nous avons indiqué plus haut, il est facile de se convaincre que le stylet pénètre dans une cavité beaucoup plus petite qu'elle n'était

au début du traitement. La fistule persiste d'ailleurs avec les mêmes caractères.

Le 15. Il est survenu, sans cause appréciable, un nouveau gonflement de la paupière ; une assez grande quantité de pus s'est accumulée dans la cavité non encore cicatrisée du premier abcès ; quelques-uns des symptômes que nous avons déjà indiqués apparaissent de nouveau. Cependant je parvins à faire évacuer complétement la matière purulente par le point lacrymal, à l'aide d'une pression modérée, pratiquée vers la base de la paupière inférieure et du côté du grand angle de l'œil.

Le 22. Pour en finir définitivement avec cette affection des voies lacrymales, qui était jusqu'à présent bien améliorée, il est vrai, mais non guérie d'une manière définitive, car la fistule persistait toujours, et il survenait de temps en temps une rétention de pus dans la cavité encore persistante de l'abcès palpébral communiquant avec le conduit des larmes, je me décidai à pratiquer la petite opération que je vais indiquer.

J'introduisis, à plusieurs reprises, un stylet rougi à blanc, tantôt par le point lacrymal, tantôt par la fistule, et lui faisant parcourir toute l'étendue qui séparait ces deux extrémités, je parvins à cautériser assez profondément et le conduit normal des larmes et la cavité anormale dont nous avons parlé.

On comprend le but que je voulais atteindre : c'était de supprimer, par le travail adhésif qui devait suivre la chute de l'escharе, une portion du conduit lacrymal inférieur, et par le même moyen, provoquer la cicatrisation du cul-de-sac avec lequel ce conduit était en communication.

Le 15 janvier 1848. Ce résultat a été obtenu. Le citoyen Garraud est venu me voir à diverses époques ultérieures, et il m'a été facile de reconnaître qu'il n'existait plus de traces de l'affection pour laquelle il avait réclamé mes soins. La fistule est cicatrisée ; le point lacrymal n'est plus représenté que par un petit boursouflement, au centre duquel est une dépression ; le conduit paraît oblitéré, car il est impossible de faire pénétrer un stylet, quelque fin qu'il soit, dans la direction connue de son trajet. La base de la paupière est à l'état normal, et rien n'indique qu'il existe dans ce point une collection de liquide. Le bord palpébral n'est plus dévié ; à peine s'il existe encore quelques traces de blépharite sur la conjonctive palpébrale inférieure.

Un conduit lacrymal ne pouvant plus remplir ses fonctions, il était naturel de s'assurer de l'influence que cette circonstance pourrait exercer sur le cours des larmes. Or ce que j'avais d'ail-

leurs prévu est arrivé : *Il n'est pas survenu d'épiphora* ; le conduit lacrymal supérieur suffit au passage des larmes dans le sac ; ce n'est que d'une manière exceptionnelle et seulement lorsque le malade s'expose à une vive lumière que l'œil devient un peu larmoyant.

On a vu par quels moyens j'avais d'abord amélioré l'état de mon malade, comment j'étais arrivé ensuite à le guérir d'une manière complète et définitive. Sans quelques considérations spéciales, j'aurais peut-être procédé autrement, en traitant cette fistule, soit par l'incision simple, soit par l'incision aidée de l'excision ou de la cautérisation.

Saint-Yves (*Nouv. Traité des maladies des yeux*, 1722, p. 77) rapporte l'observation d'une dame qu'il opéra avec succès par cette méthode mixte, en présence de Ledran et d'Arnault. Le cas était analogue au précédent, mais non pas semblable. La malade, à la suite d'un érysipèle, eut un abcès dans la paupière supérieure qui se vida par le point lacrymal supérieur après avoir perforé le conduit des larmes. Il n'existait pas de trajet fistuleux à l'extérieur.

Ces deux exemples de fistules des conduits lacrymaux établissent ici la distinction générique qui existe dans les affections analogues. L'observation de Saint-Yves est un cas de fistule incomplète ou borgne interne, tandis que celle recueillie par moi appartient à la classe des fistules complètes.

En joignant à ces deux faits un troisième exemple de fistule du conduit lacrymal, qui aurait été observé par M. Voillemier dans les hôpitaux et à l'occasion, je crois, d'un concours, voilà où s'arrêtent mes connaissances sur ce sujet, abstraction faite des lésions traumatiques qui peuvent également donner naissance à cet ordre d'affections, en lui imprimant néanmoins des caractères un peu différents.

XII. GÉNÉRALITÉS.

24. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules* ; par A. Legrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 165.)

(Revue médicale française et étrangère; février 1848.)

La tuberculisation pulmonaire, annoncée par l'engorgement des ganglions cervicaux, peut souvent aussi être accompagnée

de la présence de tubercules dans d'autres organes, ainsi qu'il résulte de l'observation suivante.

Engorgement des glandes du cou. — Tubercules dans les poumons, le cerveau et le testicule.

Obs. X. — Le nommé Carré, âgé de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital du Midi (le 8 janvier 1845), dans le service de M. le docteur Vidal (de Cassis), pour être traité d'une orchite du côté gauche. Le testicule malade était quatre fois plus volumineux que le testicule sain et présentait un ramollissement considérable.

Le malade portait en outre du même côté des cicatrices caractéristiques sous la branche de la mâchoire, où il existait encore des ganglions engorgés.

Ce malade fut immédiatement soumis à l'usage de l'iodure de potassium, mais une céphalalgie qui avait fait supprimer ce remède une première fois et qui reparut assez intense à la reprise du traitement, alors définitivement suspendu, fut le signal du développement d'une méningocéphalite qui fit succomber le malade le 10e jour du retour de la céphalalgie.

A l'*Autopsie :* on trouva dans le cerveau plusieurs tubercules du volume d'une grosse noisette. — Les poumons sont farcis de tubercules à l'état de granulations miliaires transparentes. — Le testicule est réduit à sa coque fibreuse et celle-ci renferme de la matière tuberculeuse. — *Gaz. des hôp.* — An. 1845, n° 97.

Aux faits précédents nous ajouterons encore les suivants qui nous ont été fournis par notre pratique ou que nous avons puisés dans notre service de vérification.

Nous fûmes appelé le 20 mai 1846, auprès de M. S..., opticien, demeurant à Paris. Quoiqu'il ne fût malade que depuis quatre mois, il nous offrit au premier aspect tous les symptômes d'une consomption fort avancée.

Nous reconnûmes en outre la présence de deux glandes engorgées, la sublinguale, et la seconde située au côté droit du cou.

Quoique le malade n'eût jamais craché de sang, quoiqu'il toussât à peine, cette vue nous confirma dans la pensée qu'il devait y avoir là une affection tuberculeuse des poumons, que nous avions dû soupçonner à la vue de cette grande maigreur, au spectacle de ces sueurs qui cessaient à peine le jour et qui redoublaient la nuit, et de la faiblesse extrême du malade. L'examen stéthoscopique et la percussion nous confirmèrent pleinement dans ce soupçon. En effet, si nous trouvâmes la poitrine parfaitement sonore à droite et dans toute son étendue ; si aussi,

dans toute son étendue, nous entendîmes le bruit respiratoire normal, quoique peut-être un peu exagéré, il n'en fut plus de même pour le côté gauche. — Supérieurement, en avant dans la fosse sus-claviculaire comme dans la fosse sous-claviculaire, en arrière dans la fosse sus-scapulaire comme dans toute la région sous-scapulaire, nous trouvâmes, à la percussion, la sonoréité un peu diminuée. Mais l'auscultation donna des renseignements plus tranchés : dans tous ces mêmes points, absence presque absolue de bruit respiratoire, remplacé par un *bruit de craquement très-prononcé !* Pas de souffle bronchique, pas de pectoriloquie.

Nous dûmes donc diagnostiquer une affection tuberculeuse, ayant son siége dans tout le tiers supérieur du poumon gauche : état pathologique qui recevait un nouveau degré de confirmation de la présence de ganglions engorgés au cou.

Nous devons dire un mot de l'état de l'estomac et des intestins. C'est par ces organes que la maladie actuelle *avait paru* débuter il y a quatre mois environ, et quand alors le malade s'alita, ce fut pour une inflammation gastro-intestinale. Il en est resté une vive sensibilité à l'épigastre avec un développement marqué du ventre, qui, lui aussi, est sensible à la pression et qui est affecté de tympanite. La palpation démontre qu'il existe d'autres désordres dans le ventre, ou tumeurs ou engorgements partiels, mais qui n'ont probablement pas leur siége dans les intestins, puisque les fonctions digestives se font assez bien et qu'il ne se manifeste jamais de dévoiement.

Ce malade n'a pas tardé à succomber, mais l'autopsie n'en a point été faite.

Parmi les faits que nous avons pu recueillir dans notre service de vérification des décès, nous signalerons le suivant.

Nous avons constaté, le 18 juillet 1846, le décès de Clarisse Céline, âgée de 15 ans et demi. Son extrême maigreur, l'aspect général du cadavre, nous avaient déjà fait pressentir qu'elle avait succombé à une phthisie pulmonaire. — Un long chapelet de glandes, fort dures, peu développées, dont aucune n'est ulcérée, occupant chaque région parotidienne, nous confirme dans ce premier jugement. Le doute ne fut plus permis lorsque nous eûmes reconnu le peu de sonoréité des parois thoraciques percutées antérieurement et supérieurement, avec une différence marquée en moins pour le côté droit comparé au côté gauche.

Le même diagnostic avait été porté par le médecin ordinaire (M. le docteur Denis) et par le médecin consultant (M. le professeur Andral).

L'histoire de la maladie, le développement successif des sym-

ptômes et leur nature ne permettent pas de douter (malgré le manque d'autopsie) de la valeur de ce diagnostic.

La première glande apparut à l'âge de six ans, puis plus tard les autres se développèrent sans acquérir jamais, pas plus que la première, un volume considérable. Toutes restèrent dures et n'offrirent jamais même les premiers symptômes d'un travail inflammatoire et suppuratif. A 14 ans et 10 mois, elle fut réglée pour la première fois et sans grande difficulté ; puis une dernière fois le mois suivant. Depuis cette dernière époque, c'est-à-dire six mois avant qu'elle ne succombât, elle commença à tousser et ne tarda point à cracher du sang. Deux ou trois mois après, ses crachats étaient purulents; puis survinrent les sueurs nocturnes et plus tard encore la diarrhée colliquative que les efforts du médecin réussirent souvent à calmer.

Dans tous les faits qui précèdent, et dans lesquels les engorgements glandulaires coïncidaient avec la présence de tubercules dans les poumons, l'état pathologique des glandes pouvait reconnaître deux causes différentes. D'abord elles pouvaient elles-mêmes être tuberculeuses; elles devenaient alors une complication de la maladie principale, de la tuberculisation pulmonaire. Dans d'autres cas, l'engorgement et l'ulcération des glandes n'ont été évidemment que sympathiques : *Obs.* 1, 2 et 9. Chez ces trois malades, la marche de l'engorgement, l'aspect physique du pus qui en provint, toutes les circonstances concomitantes rendent probable que ce furent de simples *adénites sympathiques.* Tandis que les *Obs.* 3, 4 et 7 nous offrent, avec non moins d'évidence, des exemples d'*adénites tuberculeuses.* L'examen au microscope, s'il avait pu être fait, aurait parfaitement rendu compte de la différence, puisque, dans le dernier cas, il eût fait voir au milieu de la masse engorgée le globule tuberculeux, tandis qu'il n'eût montré dans le pus des premiers engorgements que le globule du pus. Ce même examen eût dissipé toute espèce de doute au sujet des engorgements des *Obs.* 5, 6, 8 et 9.

Il résulte évidemment des faits que nous venons d'exposer que, dans un grand nombre de cas, les engorgements glandulaires du cou dénotent la présence de tubercules dans les poumons (1). Mais cette coïncidence offre d'assez nombreuses exceptions pour qu'on n'en puisse pas faire une règle ; pour qu on ne puisse pas

(1) « Les glandes cervicales étaient plus ou moins tuberculeuses chez la « dixième partie des sujets, huit fois sur quatre-vingts d'entre eux. En même « temps qu'elles étaient tuberculeuses, ces glandes avaient un volume plus « considérable que dans l'état normal, une couleur rouge plus ou moins foncée « là où la transformation tuberculeuse n'existait pas. — M. Louis. — *Loc. cit.*, page 107.

dire que les engorgements des glandes du cou sont un symptôme pathognomonique de la présence de tubercules dans les poumons.

Ainsi nous avons été consulté, en 1844, par la femme B***, pour une glande située au côté gauche du cou sous l'os maxillaire inférieur et dont l'origine remontait à deux ans. Au moment où nous vîmes cette femme, sa glande, stationnaire depuis longtemps, acquit rapidement le volume d'une noix et offrit bientôt de la fluctuation, et s'abcéda spontanément. Le pus fourni fut encore d'assez bonne nature. La cicatrisation s'opéra assez rapidement à la suite de pansements avec un onguent siccatif. Dix-huit mois après, nouvel engorgement de la même glande, qui de nouveau devient fluctuante, de nouveau fournit par un petit pertuis une suppuration séreuse et peu abondante. Ce pus, examiné au microscope, renfermait très-peu de globules de pus et n'offrait aucune trace des éléments propres au tubercule.

Sans doute la femme B*** est d'un tempérament lymphatique, mais son âge (65 ans), sa bonne santé habituelle, l'absence absolue de toux, de crachements de sang, celle aussi de tous les symptômes fournis par la percussion et l'auscultation, plusieurs grossesses enfin heureuses et sans accidents, ne permettent pas de soupçonner chez elle la présence de tubercules dans les poumons, pas plus chez elle que chez ses enfants (deux garçons et une fille), dont l'âge (de 22 à 28 ans) et la bonne santé habituelle doivent à ce sujet donner toute sécurité. — La cause probable du développement de ces glandes est le séjour continuel dans une pièce petite, située au rez-de-chaussée sous une porte cochère longue, étroite, basse et habitée jour et nuit par un plus grand nombre d'individus que ne le comportent ses dimensions en tous sens; pièce commune où l'on fait la cuisine, où l'on couche, et où le père et le fils exercent leur profession de cordonnier.

Une autre femme, âgée de 56 ans, nous offre un exemple en tout semblable au précédent. La nommée H..., s'était toujours bien portée tout le temps qu'elle avait mené une vie active. Il y a deux ans, elle vint habiter une pauvre chambre qui est un véritable chenil. Elle est située sous la cage d'un escalier, recevant toutes les exhalaisons d'une allée sale et humide et celles d'une conduite de fosse d'aisance en tuyaux de terre mal joints. Elle est en outre si petite qu'on ne saurait s'y tenir debout et qu'il n'y a place que pour y mettre une seule chaise. Il y avait à peine six mois que la femme H*** habitait cette localité, où cependant elle ne couche pas, que les glandes du cou s'engorgèrent des deux côtés. Ces engorgements firent de rapides progrès, s'abcédèrent

et s'ulcérèrent. Le pus qu'elles fournirent de prime abord était d'assez bonne nature et par conséquent plus riche en globules ; mais il n'offrit aucune trace ni de granules, ni de globules appartenant à la tuberculisation. Lorsque j'eus l'occasion de soigner cette femme (avril 1846) pour une effrayante plaie contuse qu'elle s'était faite au front, elle avait encore, surtout au côté droit du cou, de nombreuses cicatrices fort caractéristiques, et depuis il lui est survenu de nouveaux engorgements, qui en s'abcédant ont fourni un pus qui était encore d'assez bonne qualité, et qui, examiné au microscope, n'a fourni aucun indice de la présence du tubercule.

L'embonpoint de cette femme qui n'est plus réglée depuis l'âge de 14 ans, sa bonne santé habituelle, l'absence de toute espèce de toux et de crachement de sang, plusieurs grossesses heureuses et enfin les renseignements fournis par l'auscultation et la percussion, permettent d'affirmer que la femme H*** n'a pas de tubercules dans les poumons.

Cette femme vient de succomber (déc. 1847) en ayant offert des symptômes assez peu intenses, mais évidents, d'une méningo-céphalite. L'autopsie n'en a malheureusement point été faite; mais dans cette longue période de près de cinq ans d'un état de santé constamment mauvais, elle n'a jamais offert aucun symptôme de tuberculisation.

Enfin nous trouvons, dans la *Gaz. des hôp.* (An. 1846, n° 64) le fait suivant qui démontre péremptoirement la possibilité de l'existence d'engorgement des glandes du cou, sans que cependant on rencontre de manifestation tuberculeuse dans aucun point de l'économie. Nous ne donnerons cependant de ce fait qu'un aperçu fort succinct.

Engorgement considérable des glandes du cou. — Mort par asphyxie. — Autopsie qui démontre l'absence de toute manifestation tuberculeuse.

Obs. XI. — Le 1er avril 1846, a succombé à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. P. Guersant, un enfant de six ans et demi, qui était couché au n° 5 de la salle Saint-Côme. Il portait au cou une *tumeur énorme* qui en occupait toute la partie antérieure et latérale droite. L'enfant mourut évidemment asphyxié et cyanosé, par suite de la compression exercée par la tumeur sur la trachée et sur les veines de cette région du cou.

Hâtons-nous de dire que l'autopsie démontra qu'il y eût eu folie à tenter l'opération, et que, si elle n'a point été faite, c'est qu'elle était impraticable.

« Quant à la substance de la tumeur elle-même, elle était « formée d'une foule de lobules réunis entre eux par du tissu « cellulaire. Chacun de ces lobules pouvait facilement être énu- « cléé séparément. M. P. Guersant, après un examen attentif « de plusieurs de ces lobules, dont les plus gros atteignaient le « volume d'un gros œuf de poule, tandis que les autres n'avaient « que celui d'une fève, d'un haricot, et dont le tissu blanc, dur, « résistait au scalpel, et criait à la section, fut conduit à penser « que la nature en était *squirrheuse.* »

Si M. P. Guersant n'a entendu faire allusion par le mot *squirrheux* qu'à la dureté de la tumeur, nous n'avons rien à dire ; mais nous ne saurions partager son opinion s'il a considéré cette tumeur comme un *cancer au premier degré.* Cette tumeur nous paraît être de nature scrofuleuse. La dureté du tissu qui la compose n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous en avons cité plusieurs exemples ; et, entre autres, un cas où *une tumeur de ce genre est devenue osseuse !* (voy. l'obs. IV).

Nous terminons les détails de l'autopsie, en donnant seulement ceux qui rentrent dans notre sujet.

« L'exploration minutieuse des poumons ne fit reconnaître « dans ces organes aucune trace de tubercules, même à l'état « de crudité ou de granulations miliaires.—Les ganglions mé- « sentériques ne présentaient non plus aucune trace de tuber- « culisation. »

L'enfant, qui nous fournit les éléments de cette observation, est issu de parents qui paraissent jouir d'une assez bonne santé; il n'y a dans sa famille aucun exemple ni de cancer, ni de tubercules. Mais une de ses sœurs, qui, comme lui, est née et a été élevée dans un village assez humide et où l'on compte cinq ou six personnes goîtreuses, *porte au cou quelques ganglions tuméfiés.* Né bien portant, cet enfant a continué de jouir d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-huit mois. Ce fut à cette époque, et alors que ses parents vinrent habiter Paris, « qu'on s'aperçut « pour la première fois qu'il portait deux tumeurs, grosses chacune « comme un haricot et développées, sans que personne l'eût re- « marqué, l'une dans la région sus-claviculaire, l'autre un peu « plus en arrière et sur la partie latérale droite du cou, sans « changement de couleur à la peau. » Ces deux tumeurs firent des progrès incessants, n'en formèrent bientôt plus qu'une, qui eut d'abord le volume d'un œuf de poule, puis celui du poing, et enfin, peu de temps avant la mort, elle était grosse environ comme la tête d'un adulte (1), offrant un sillon qui la divisait en

(1) Ce fait nous rappelle une observation analogue, insérée dans un mé-

deux parties principales et qui trahissait encore sa double origine. Parsemée de veines variqueuses et très-saillantes, elle s'étendait du corps tyroïde en avant, jusqu'à la clavicule en bas, et était limitée en haut par la mâchoire inférieure, de sorte qu'elle rejetait la tête en arrière et un peu à gauche, en même temps qu'elle tirait la face à droite.

Nous aurons à citer plus tard un autre exemple d'engorgement des glandes du cou sans tuberculisation coïncidente.

Quoique les faits abondent (*Voy.* M. Louis, ouv. cité — 18-22) pour le démontrer, nous croirions manquer au programme formulé par Portal, si nous ne donnions pas maintenant quelques faits de tuberculisation d'organes intérieurs sans la coïncidence d'engorgement des glandes du cou, sans *manifestation scrofuleuse*, comme nous dirons dorénavant, pour correspondre à l'expression de *manifestation tuberculeuse* que nous avons déjà plusieurs fois employée.

Nous avons assisté un jour (avril 1847), que nous fûmes conduit à l'hôpital Necker, à l'autopsie de deux jeunes enfants (l'un âgé de 4 ans et quelques mois, l'autre de 7 ans révolus qui avaient succombé dans le service de M. Trousseau, après avoir toussé, chacun, beaucoup et continuellement, pendant deux ou trois mois.

Tous deux avaient des tubercules dans les poumons : chez tous deux, ils étaient arrivés à la période de ramollissement et de fonte ; mais chez le plus jeune, ils étaient déterminés presque également dans l'étendue de chaque poumon, et leur présence n'avait sans doute point été étrangère au développement de la double pneumonie (hépatisation rouge des deux poumons) qui avait fait succomber l'enfant.

Chez le plus âgé de ces deux enfants, les tubercules étaient en bien plus grand nombre, à un état encore plus avancé, offraient des masses bien plus considérables et ne se rencontraient que dans les deux tiers supérieurs de chaque poumon. Les deux poumons de ce dernier enfant n'offraient du reste aucune trace d'inflammation.

Chez le premier, les ganglions bronchiques étaient sains; mais chez le second, ils étaient transformés, à gauche, en une masse tuberculeuse, qui avait le volume d'une petite noix et qui

moire publié par M. le docteur Duhamel (*Consid. sur les mal. scrofuleuses et leur trait. par les prép. d'or.* Broch. in-8°; Paris 1838, page 82), et qui a pour but d'exposer les succès qu'il a obtenus par l'application de la méthode aurifère. Dans ce cas le succès a été complet, quoique la tumeur fût fort ancienne, *squirrheuse* et presque aussi grosse que celle de l'enfant dont il vient d'être question.

commençait à se ramollir ; à droite, ces mêmes ganglions offraient des traces d'un commencement de tuberculisation.

Pas plus chez ce dernier enfant que chez le premier, il n'existait aucune des traces anciennes ou récentes d'engorgement des ganglions cervicaux.

Diathèse tuberculeuse sans manifestation scrofuleuse.

Obs. XII. — Le 26 février 1846, un arabe, âgé de 24 ans, succomba à l'hôpital du Dey, dans le service de M. le docteur Ferrus; il avait offert tous les symptômes de la présence de tubercules dans les poumons, et en dernier lieu ceux d'une pneumonie double.

On l'ouvre et l'on trouve :

1° Dans la *rate*, qui avait le volume d'un petit foie, dont le tissu intérieur était diffluent et n'offrait plus de traces d'organisation, une immense quantité de tubercules, dont quelques-uns étaient assez considérables pour offrir les diamètres d'une pièce de 25 et de 50 cent. *Incisés, ils avaient l'aspect nacré* et la *dureté d'un cartilage*, ce qui dénote une origine ancienne ;

2° Dans le *foie*, dur, splénisé, hypertrophié, même aspect tuberculeux. Les tubercules étaient isolés, durs et disséminés à la surface du foie, comme s'ils y avaient été incrustés ;

3° Les *ganglions mésentériques* étaient hypertrophiés et tuberculeux ;

4° Les *reins*, dont le tissu cependant paraissait sain, étaient aussi farcis de tubercules crus et de toutes dimensions ;

5° La *plèvre costale*, qui offrait des adhérences à droite, était recouverte d'une multitude de petits tubercules à l'état cru ;

6° Les *deux poumons*, hépatisés au premier et au deuxième degré, étaient aussi remplis de tubercules à tous les états ; il y en avait de très-gros et de même aspect que ceux signalés dans les autres organes.

Du reste, il n'existait et n'avait jamais existé d'engorgement des glandes du cou, du moins on n'en signale aucun, dans une autopsie qui évidemment était faite avec un grand soin. Il n'existait certainement aucun engorgement, aucune plaie, aucune carie aux membres, car ce soldat venait de faire la campagne de 1846, si longue, si pénible, et qui avait duré plusieurs mois (*Gazette des hôpitaux*, An. 1846, n° 90).

Dans l'observation suivante, la tuberculisation était moins générale, mais enfin indépendamment des granulations existantes dans les poumons, les plèvres et le péritoine, on a trouvé des tubercules dans le cerveau et dans le cervelet, et nous rappelle-

rons l'obs. X, où l'adénite cervicale coïncidait avec la présence de tubercules dans le cerveau.

Mort subite. — Tubercules dans l'encéphale. — Aucuns symptômes scrofuleux (1).

Obs. XIII. — Un jeune garçon âgé de 9 ans, bien constitué, bien portant, d'un tempérament lymphatico-sanguin, mais surtout ne portant aucune trace de scrofules, entre au mois de mai 1838 dans le service de M. Rayer. Il n'offrait d'autre symptôme de maladie qu'une contracture intermittente des muscles postérieurs du cou. Cet enfant meurt après quelques heures d'accidents cérébraux, survenus subitement et alors qu'on croyait l'avoir guéri par le sulfate de quinine.

A l'autopsie, qui fut faite trente-six heures après la mort, on trouva dans la couche optique du côté droit deux tubercules ayant la grosseur d'une aveline, et, en outre, trois ou quatre autres tubercules plus petits dans le lobe gauche du cervelet : ces masses tuberculeuses étaient encore à l'état cru. La surface de la plèvre et du péritoine était parsemée d'un grand nombre de petites granulations de nature évidemment tuberculeuse; le tissu du poumon en contenait à peine quelques-unes.

Quoique nous devions encore avoir l'occasion, dans le cours de ce Mémoire, de citer d'autres exemples de tubercules répandus dans les organes sans que leur existence coïncide avec des engorgements des glandes, nous nous arrêterons cependant. Nous terminerons donc ce premier ordre de faits par l'observation d'une affection tuberculeuse rencontrée chez une femme âgée, sans qu'il existât chez elle aucune manifestation scrofuleuse. Nous ne négligerons pas de l'opposer à l'observ. IVe, qui, fournie aussi par une femme de 67 ans, offrait la coïncidence de symptômes tuberculeux et scrofuleux.

Tubercules pulmonaires avec cavernes chez une femme de 68 ans. — Pneumonie intercurrente. — Mort. — Autopsie confirmative.

Obs. XIV. — Francoise Prempt, âgée de 68 ans, est admise à l'hôpital de la Charité, le 30 juin 1847, dans le service de M. le professeur Bouillaud, salle Sainte-Anne, n° 5. Née à Paris, elle est devenue sujette à s'enrhumer seulement depuis quelques années, car auparavant elle jouissait habituellement d'une

(1) C'est au Mémoire de M. le docteur Thirial (*Consid. sur quelques points particuliers de la diath. tuberculeuse*, dans le *Journal de méd.*, numéros de mai et juin 1844) que nous aurons encore occasion de citer, que nous avons emprunté cette observation.

bonne santé. Deux mois avant son entrée, elle fut prise subitement de courbature générale, de céphalalgie, de gêne de la respiration et de toux assez fréquente sans expectoration. Ces symptômes persistèrent, avec une légère réaction sur les voies digestives, jusqu'à l'époque actuelle. Elle ne s'alita cependant pas et put venir à pied à l'hôpital.

Je laisserai maintenant parler M. le docteur Hillairet, chef de clinique de la Faculté. « La respiration, très-notablement « gênée, était à 38-40 inspirations par minute, et la toux peu « fréquente, non quinteuse, n'était pas pour le moment suivie « d'expectoration. La percussion, pratiquée avec soin, me permit « de constater que la résonnance de la poitrine, normale en « avant et à gauche, était peut-être un peu exagérée du côté « droit, dans toute sa hauteur. A l'auscultation, je trouvai de la « rudesse de la respiration, qui était mêlée de quelques râles « sonores, disséminés, s'entendant principalement dans l'inspira- « tion, avec un peu de faiblesse du murmure vésiculaire, tandis « qu'à gauche et au sommet seulement, elle était rude, forte et « comme soufflante. En arrière, la résonnance de la poitrine « était également à peu près normale du côté droit, et la res- « piration présentait la même rudesse, les mêmes ronchus, et la « même faiblesse du murmure vésiculaire. Mais du côte gauche « il existait de la matité dans toute la hauteur de la poitrine, de- « puis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base, de même qu'en tirant « vers les régions axillaires et sous-axillaires. Toutefois, la matité « était plus complète dans les fosses sus et sous-épineuses, et à « l'auscultation je rencontrai dans la première de ces régions un « souffle bronchique des plus marqués avec du retentissement « bronchophonique de la voix. A partir de la fosse sous-épineuse « jusqu'au bas et vers les régions axillaire et sous-axillaire, il « n'y avait pas de souffle ni de retentissement de la voix, mais « des bordées énormes de râle crépitant à bulles un peu fortes « et humides. »

La percussion et l'auscultation fournissaient aussi sur l'état physique du cœur des renseignements dont l'autopsie a permis de vérifier l'exactitude. Aucun autre symptôme n'indiquait de lésion sérieuse des organes renfermés dans la cavité abdominale. Il n'existait non plus aucune lésion appréciable du côté du système nerveux.

Un traitement antiphlogistique énergique fut opposé à la maladie de Françoise Prempt, et la phlegmasie dont elle était évidemment atteinte parut céder en partie. Mais la faiblesse dont se plaignait la malade à son entrée à l'hospice en fut considéra-

blement augmentée, et la malade, après une nuit très-agitée, s'éteignit, pendant la nuit du 4 au 5 juillet, dans un état de prostration extrême.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — L'aspect général du cadavre et la *cavité crânienne* n'offrent rien à noter.

Cavité thoracique. — « Environ deux verres de sérosité rougie « dans chaque plèvre; pas de rougeur ni d'injection notable à « leur surface. Quelques adhérences fibreuses anciennes au « sommet, ainsi qu'à la partie postérieure du poumon gauche. « Dans tout le tiers supérieur de ce poumon, le tissu est assez « dur, plus dense, plus friable et plus pesant qu'à l'état normal. » Sa coloration rouge, assez foncée dans certains points, tire « dans d'autres, principalement au sommet, sur le gris sale. A « la surface des coupes, les différences de coloration sont très- « apparentes; on y aperçoit un marbré de gris sale et de rouge. « Il s'en écoule à la pression un liquide séreux d'un rouge gri- « sâtre, traces évidentes de la transition du second au troisième « degré. *Tout à fait au sommet, on rencontre deux au trois petits « tubercules, et dans l'épaisseur du tissu, une petite caverne à pa- « rois lisses, entourée de matière tuberculeuse.* Dans les deux tiers « inférieurs de ce poumon, et principalement dans la moitié « postérieure, le tissu pulmonaire présente une coloration « rouge, résiste assez sous le doigt, ne crépite plus et se déchire « assez difficilement. — *Au sommet du poumon droit, on rencontre « encore quelques tubercules crus, un peu plus volumineux que ceux « du poumon gauche. Il existe également une caverne du double « plus grande que celle du côté opposé.* — Le reste du poumon « n'offre rien à noter. »

Le *cœur* est d'un tiers plus gros qu'à l'état normal. Le tissu du ventricule gauche est épaissi, assez résistant; sa cavité est assez élargie. A la base de ce ventricule on sent à travers les parois un cercle dur et résistant. A l'ouverture de ces cavités, on trouve l'orifice auriculo-ventriculaire ayant ses dimensions à peu près normales. Il est soutenu et entouré par un cercle résistant, osseux, formé de deux parties demi-circulaires juxtaposées. Ce cercle, situé à la base de la valvule mitrale, *laquelle est épaissie, ratatinée et insuffisante,* remplace la charpente fibreuse qui, à l'état normal, soutient l'orifice et la base de la valvule.

Ces lésions, que nous n'avons fait qu'indiquer rapidement, rendent parfaitement compte des symptômes qui se manifestaient pendant la vie, et que nous avons passés sous silence comme étrangers à notre sujet.

Cavité abdominale. — Les organes qui y sont contenus n'offrent

rien de bien notable, si ce n'est un ramollissement considérable de la muqueuse gastrique au niveau du grand cul-de-sac et le ramollissement de la rate qui est presque diffluente ; elle a cependant conservé son volume normal.

Les *organes génito-urinaires* n'offrent que des lésions peu importantes (*Gazette des hôpitaux*, année 1847, n° 121. *Par extrait*).

Nous allons passer maintenant à un autre ordre de faits.

Pendant longtemps les maladies des os et de leurs annexes ont été considérées comme des maladies purement scrofuleuses; mais les *Recherches* de M. le docteur Nélaton (*déjà cité*) furent le signal d'une réaction en sens contraire, et je ne sais pas si aujourd'hui la grande majorité des jeunes praticiens (1) ne considèrent pas toutes les maladies des os (*gonflements* et *caries*) comme des affections tuberculeuses de ces mêmes organes.

Nous allons essayer de démontrer : 1° qu'il existe des caries des os non tuberculeuses et cependant développées sous l'influence de ce principe qui a porté, comme toujours, ses ravages sur les organes intérieurs; et 2° des caries des os sans manifestations tuberculeuses. Plus tard nous parlerons du *tubercule des os*.

Carie scrofuleuse d'une phalange. — Pleuropneumonie intermittente ; mort. — Autopsie. — Tubercules dans les poumons.

Obs. XV. — Nous fûmes invité à assister à l'autopsie cadavérique de Sophie-Herminie J***, âgée de 7 ans et demi, et décédée le 26 août 1844.

La première chose que nous remarquâmes, c'est que cette jeune fille portait sur la première phalange de l'indicateur de la main gauche une cicatrice de l'étendue de plusieurs millimètres et adhérente à l'os. En disséquant cette cicatrice, nous reconnûmes facilement que le périoste était détruit dans toute l'étendue de la cicatrice, et la portion compacte de l'os érodé détruite dans plusieurs points ; de sorte que le tissu aréolaire, évidemment hypertrophié, rougeâtre, se trouvait ainsi à nu dans ces mêmes points, où la peau venait ainsi faire fonction de périoste. Mais du reste il n'existait dans la portion spongieuse de l'os

(1) On peut bien croire qu'il en est ainsi quand on voit MM. les docteurs Rilliet et Barthez (dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*.—Paris, 1843. Tom. III), ne point hesiter pour affirmer l'identité parfaite des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.—On en peut presque dire autant de M. le docteur Alphonse Milcent, qui, dans son *Traité de la scrofule* (un vol. in-8°.—Paris, 1846), nous a paru avoir presque confondu ces deux maladies, si distinctes cependant, ainsi que nous le démontrerons.

malade aucune cavité destinée à loger quelque masse tuberculeuse, ou même quelques granulations de même nature. Enfin l'aspect rougeâtre de ce même tissu repoussait toute pensée d'infiltration tuberculeuse. Aussi l'examen au microscope, fait sur une lame très-mince du tissu spongieux, n'y démontrait-il la présence que de globules sanguins déformés et de globules de pus desséchés. — Le début de cette affection remontait à dix-huit mois et avait duré sept à huit mois.

Avant de procéder à l'examen des organes renfermés dans le thorax, M. le docteur Edmond Langlebert, qui avait soigné cette petite malade, nous fournit les renseignements suivants : « Sous la clavicule droite, *à la percussion*, son de pot fêlé, plus bas diminution marquée dans la sonoréité, dans la fosse sous-épineuse presque matité ; *à l'auscultation*, gargouillement, râles de toute nature, pectoriloquie. — Sous la clavicule gauche, sonoréité assez convenable, mais respiration rude, bruit respiratoire en retour, quelques bruits de craquement. — Expectoration purulente, crachats purulents, nageant dans un mucus abondant ; sueurs nocturnes, diarrhée colliquative. — Tous ces symptômes se sont successivement développés à la suite d'une pleuropneumonie contractée le 8 juin 1844. »

A l'ouverture de la cavité thoracique, nous trouvâmes : 1° un épanchement considérable dans le péricarde ; 2° des adhérences nombreuses des poumons avec la plèvre, surtout à la base pour le côté droit ; généralement plus nombreuses à gauche, et tellement tenaces au sommet en avant comme en arrière qu'en les arrachant, le tissu pulmonaire a suivi ; 3° au sommet de ce même poumon, une caverne pleine de pus et assez grande pour y loger une petite pomme de rainette ; deux autres cavernes plus petites, dont une dans le lobe inférieur. Tout le poumon gauche est parsemé de tubercules à l'état de fonte et quelques-uns à l'état cru, surtout à la partie postérieure ; 4° nous trouvâmes encore, dans le lobe supérieur du poumon droit, deux cavernes et de nombreux tubercules à l'état de fonte. Ils n'étaient pas moins nombreux, mais à l'état cru, dans le lobe inférieur où l'on rencontrait aussi une petite caverne.

Les organes, renfermés dans l'abdomen où il n'existait aucun épanchement séreux, étaient parfaitement sains. La vie s'étant terminée sans aucun accident vers le cerveau, il ne fut point examiné. En effet, la mort arriva évidemment par suite de l'insuffisance de la fonction respiratoire pour entretenir la vie.

Cette observation nous offre un premier exemple d'une carie purement scrofuleuse, avec la complication d'une affection tuber-

culeuse des poumons très-étendue, préexistante sans doute à la carie et ne s'étant développée en apparence qu'à la suite d'une pneumonie (1) intercurrente, qui l'a rendue facilement et rapidement mortelle. Elle prouve donc, péremptoirement à notre sens, ou que ces deux maladies peuvent exister simultanément chez le même individu, ce qui nous paraît hors de toute contestation, ou bien que l'affection tuberculeuse peut dans certains cas se traduire par des symptômes scrofuleux. Cette circonstance expliquerait déjà la longue confusion dans laquelle la science est restée et se trouve encore aujourd'hui au sujet du diagnostic différentiel des scrofules et des tubercules.

Nous ne quitterons pas cette même observation sans entrer dans des considérations étendues sur l'étiologie de la maladie qui a fait succomber Sophie J... Disons d'abord qu'elle a été précédée dans la tombe par un frère qui a offert, ainsi qu'elle, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, en même temps qu'il portait un engorgement d'une des glandes du cou. Aujourd'hui même (13 février 1847) un très-jeune frère de cette même Sophie est mort dans de violentes convulsions, qui peuvent faire supposer l'existence d'une méningite tuberculeuse. Un autre enfant est mort aussi en bas-âge et de la même façon que celui qui a succombé aujourd'hui. De sorte que les époux J... ont perdu quatre enfants sur cinq qu'ils ont eus : celui qui survit a deux ans environ et paraît jouir, quant à présent, d'une fort bonne santé.

Quelle peut donc être la cause d'une si grande mortalité dans un seul ménage ? Le sieur J.... est aujourd'hui âgé de 38 ans environ et paraît jouir d'une bonne santé ; mais il a déjà perdu trois frères : l'un à l'âge de 26 ans du *mal de Pott*; un second au même âge d'un *rhume négligé*, et le troisième enfin à l'âge de 22 ans de la *phthisie pulmonaire*. Ajoutons qu'il est certain que le père de ces quatre enfants est mort de la même maladie. Enfin la mère de la femme J..., qui paraît être elle-même d'une assez chétive santé, est morte de la poitrine à l'âge de 42 ans. Voici un fait qui, à lui seul, offre déjà des éléments presque suffisants pour résoudre la question de l'hérédité des tubercules pulmonaires.

(1) Il faut ici reconnaître que ce fait serait très-favorable aux idées théoriques de M. le professeur Bouillaud, puisqu'on pourrait soutenir avec quelque avantage que c'est la pneumonie qui a été le point de départ, la cause du développement de l'affection tuberculeuse. Mais à côté de ces faits, qu'on peut encore interpréter d'une tout autre façon, il en existe tant d'autres qu'on peut opposer à ces mêmes théories, que ce fait isolé perd sous ce point de vue toute sa valeur.

Il ne faut pas se contenter, quand on fait l'ouverture d'un individu qui a succombé avec des symptômes de carie des os, de chercher des tubercules dans les poumons, car il peut arriver qu'on n'en trouve pas dans cette partie, mais qu'on en rencontre dans d'autres organes ; dans le mésentère, par exemple, comme il est arrivé dans le cas suivant :

Gonflement et carie des os du bassin, nombreux abcès par congestion. — Tubercules dans le mésentère seulement.

Obs. XVI. — Si notre mémoire ne nous sert pas trop mal, ce fut dans l'hiver de 1833 ou 1834 que M. R.. de F... nous entretint de son petit-fils, issu du mariage de sa fille avec M. le comte C..., et qui était alors âgé de 7 à 8 ans. A cette époque, cet enfant n'avait d'autre maladie qu'une douleur fixe, qui avait son siége vers l'articulation iléo-fémorale gauche. Quoique cette douleur ne fût point extrêmement vive, elle rendait la marche pénible, l'enfant traînait la jambe et demandait toujours à être laissé en repos. Il y avait déjà plusieurs mois que ce symptôme persistait, et malgré l'examen fait par plusieurs praticiens distingués de Paris, on ne parvint point à reconnaître la cause de cette douleur persistante.

Sur ce simple renseignement, nous crûmes pouvoir et devoir écrire à M. R... de F... que nous craignions que le jeune de C.. ne fût menacé d'une luxation spontanée du col du fémur, ou du moins d'une maladie de l'articulation iléo-fémorale. Nous ajoutâmes qu'il fallait sans doute rapporter une maladie semblable à une cause de nature scrofuleuse (1)

La douleur persistant après l'hiver passé, le malade fut conduit à Barèges. A son retour des eaux, la douleur augmenta d'une manière considérable ; elle fut bientôt telle que l'enfant perdit tout sommeil, et comme il souffrait beaucoup plus dans le lit que levé, il ne voulut plus se coucher et ne quitta plus son fauteuil ni jour ni nuit. Une nouvelle douleur commença bientôt à se faire sentir vers la tubérosité de l'ischion, où il ne tarda point à se manifester une tumeur qui se développa avec la plus grande lenteur : elle s'abcéda enfin, ce qui n'empêcha pas le pus de fuser et d'aller former un autre abcès par congestion vers la moitié et en dehors de la cuisse. Cet abcès fut ouvert ainsi que tout le trajet fistuleux, qui le faisait commnniquer avec le premier abcès. Une nouvelle tumeur se manifesta encore, mais celle-ci

(1) A cette époque on ne faisait pas jouer un rôle aussi important qu'aujourd'hui au principe tuberculeux, et toutes les lésions du genre de celle-ci étaient considérées comme de nature scrofuleuse.

avait son siége près de la hanche ; elle s'abcéda aussi après avoir lentement acquis du volume.

Un travail morbide aussi considérable n'eut pas lieu sans déterminer un trouble notable dans la santé générale. L'appétit, après avoir diminué, devint tout à fait nul ; il s'ensuivit un amaigrissement considérable. Le membre malade se raccourcit par suite de la flexion de la jambe sur la cuisse, et la colonne vertébrale se fléchit dans plusieurs sens. Enfin, l'état du jeune C*** devint si grave, que M. R***, qui fut appelé, se demanda s'il était désirable qu'il guérît, tant il devrait rester gravement estropié dans le cas de guérison. Il survint cependant chez lui une légère amélioration, dans ce sens que du moins il se coucha et reprit un peu d'appétit.

Cette espèce de relâche dans les progrès qu'avait incessamment faits cette cruelle maladie ne fut pas de longue durée, et nous apprîmes, le 14 août 1835, par M. le comte G*** de L***, oncle par alliance, que son infortuné neveu venait de succomber, à la suite d'un abcès qui s'était formé dans le grand bassin et était venu se faire jour au-dessus de l'arcade crurale gauche.

La nécroscopie démontra l'existence d'un gonflement et d'une carie des os qui forment l'articulation iléo-fémorale ; la cavité cotyloïde était remplie de pus qui avait fusé dans tous les sens. La mort avait surtout été déterminée par l'engorgement des glandes du mésentère, *qui étaient seules tuberculeuses.*

En même temps qu'on rencontre dans ces cas de carie des os des *tubercules* dans le mésentère, on en peut trouver encore dans d'autres organes, quoique les poumons, si souvent tuberculisés, en soient cependant exempts.

Caries scrofuleuses dans plusieurs points de la charpente osseuse. — Mort par suite d'une affection cérébrale aiguë intercurrente. — Poumons sains, mais tubercules dans le cervelet et plusieurs autres organes (1).

Obs. XVII.—Une jeune fille de 16 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, entre (oct. 1839) à l'hôpital de la Charité, pour se faire traiter de plusieurs caries de nature scrofuleuse, et ayant leur siége aux mains et aux pieds.

Après un traitement de cinq mois par un régime tonique, les boissons amères, les préparations ferrugineuses à hautes doses et les bains sulfureux, l'état de la jeune malade n'ayant du reste subi aucune modification, elle fut prise, dans les premiers jours

(1) Nous empruntons cette observation au mémoire déjà cité de M. le docteur Thirial.

de mars 1840, d'accidents cérébraux, et elle succomba après sept jours de maladie aiguë.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures environ après la mort. En voici les principaux résultats : 1° Masse de tubercules à l'état cru dans le lobe gauche du cervelet. Dans le lobe moyen du cervelet, un autre tubercule, aussi à l'état d'induration, mais bien moins volumineux que le précédent. Du reste, traces d'inflammation récente dans les méninges et à la surface du cerveau.

Les poumons incisés par tranches, examinés attentivement, n'offrent absolument aucune trace de tubercules. Les plèvres sont le siége de désordres des phlegmasies anciennes et récentes.

Les ganglions mésentériques sont fortement engorgés et remplis par une matière tuberculeuse à différents états d'induration. On trouve aussi quelques granulations tuberculeuses disséminées sous le péritoine qui tapisse la surface convexe du foie.

Les deux trompes de Fallope sont remplies de matière tuberculeuse; une couche de la même matière tapisse la surface interne de l'utérus.

Dans l'observation qui va suivre, nous aurons cette double circonstance, bien remarquable, de la carie scrofuleuse, se manifestant à l'époque de la vie favorable au développement de cette sorte d'affections, puis dix années plus tard, à un autre âge, favorable aussi, mais au développement du tubercule, la maladie tuberculeuse faisant succomber le sujet qu'on avait préalablement réussi à guérir d'une carie scrofuleuse des os.

(La suite à un prochain numéro.)

---

25. *Mémoire sur la localisation des maladies cutanées*; par C. Baron, médecin du bureau central.

(Suite : *voir* t. III, mars 1848, p. 226.)

(Gazette médicale de Paris, N° 18 ; 1848.)

Résumé des affections de l'appareil sudoripare. — La plupart de ces maladies sont aiguës, ordinairement liées à un état morbide général et à une fièvre qui se manifestent le plus souvent quelques jours avant l'éruption. Cette coïncidence des maladies des organes sudoripares avec des symptômes généraux ne doit pas surprendre ceux qui se rappellent quels rapports unissent la sécrétion de la sueur aux grandes fonctions de l'économie. Le symptôme local spécial des affections, dont il est ici question, consiste dans la présence de vésicules isolées ou groupées, conservant l'état vésiculeux, pendant toute la durée de l'éruption, ne laissant après elle, lorsqu'il n'y avait pas inflammation des conduits sudorifères, d'autre trace qu'un petit liséré blanchâtre,

indice de la rupture de l'épiderme soulevé qui formait les vésicules, ou remplacées, lorsqu'il y avait inflammation des conduits, par une pellicule d'un jaune-rougeâtre. Des sueurs abondantes accompagnent ordinairement celles de ces maladies dans lesquelles il n'y a pas inflammation des organes sudoripares. C'est chez les adolescents et les jeunes gens que l'on rencontre le plus souvent les affections de cet ordre dont je répète l'énumération :

1° Exagération de sécrétion. *Sueurs abondantes.*

2° Exagération de sécrétion ; gouttelettes de sueur au-dessous de l'épiderme ou au-dessous de cette membrane et sorties des canaux sudorifères rompus, ou dilatations de ces canaux. — *Suette miliaire.*

3° Mêmes gouttelettes ou dilatations. — *Sudamina.*

4° Inflammation légère ou forte congestion des organes sudoripares ou sudorifères et du réseau capillaire. *Éruption de la fièvre miliaire ; éruption papulo-vésiculeuse accompagnant les sueurs abondantes; développement de vésicules au point d'application de topiques irritants.*

5° Inflammation des conduits sudorifères. — *Herpès.*

Maladies de l'appareil sécréteur de l'épiderme.

Pityriasis. — Cette maladie est le premier degré de l'affection inflammatoire des organes blennogènes, variant depuis la simple congestion jusqu'à l'inflammation légère. Il en résulte une plus grande promptitude de sécrétion, une augmentation et une plus grande sécheresse du produit sécrété ; de là provient la desquamation furfuracée.

La lésion qui constitue le pityriasis est souvent si légère que cette maladie est ordinairement dénuée de réactions fonctionnelles générales et même, très-fréquemment, de symptômes indiquant que les organes cutanés, autres que ceux qui sécrètent l'épiderme, participent à l'affection. Toutefois, il s'y joint, dans quelques cas, par intervalles, un peu de prurit qui s'explique par l'irritation légère communiquée aux papilles les plus voisines des organes blennogènes enflammés. Assez souvent, le pityriasis est accompagné d'une légère rougeur due à la congestion du réseau vasculaire qui avoisine les organes épidermigènes. Lorsque l'affection dont nous parlons occupe une région pourvue de poils, le cuir chevelu, par exemple, on observe souvent que les poils semblent être moins solidement implantés, que la plus légère traction suffit pour déterminer leur avulsion, qu'ils tombent même spontanément, toutefois pour repousser ensuite ; dans certains cas, la crue des cheveux paraît moins active ; ces particularités

seront facilement comprises, si l'on se rappelle que l'épiderme se continue sur les cheveux, au maintien desquels il contribue, dans l'état sain, et qui doivent être fixés moins solidement, lorsque la cohésion de la couche épidermique diminue. Il semblerait aussi que le surcroît d'activité de la sécrétion épidermique rend la sécrétion des poils moins énergique. C'est sans doute par la réaction du pityriasis sur l'appareil chromatogène, si voisin de la couche cornée, qu'il faut expliquer la coloration brunâtre ou noirâtre qui accompagne parfois les plaques de cette maladie; c'est ainsi que l'on peut comprendre le pityriasis nigra dont nous parlerons encore plus loin.

Eczéma (1). — L'eczéma est un degré d'inflammation des organes blennogènes supérieur à celui qui constitue le pityriasis. Ce n'est plus une simple irritation sécrétoire, mais une inflammation souvent même assez considérable, qui détermine le mélange à la matière épidermique d'un liquide d'abord séreux, puis d'autant plus roussâtre, d'autant plus purulent, que l'inflammation est plus intense; la formation de la couche épidermique est donc troublée ; au lieu d'un épiderme qui se dessèche lentement et graduellement, comme dans l'état normal, on observe, lorsque la proportion du liquide produit de l'inflammation est considérable, une exhalation séreuse ou séro-purulente. Si la proportion du liquide est moindre, la couche épidermique est remplacée par des squammes d'abord très-molles, qui se dessèchent peu à peu et qui sont formées par de la matière épidermique, mêlée à une quantité plus ou moins grande de liquide séro-purulent, mélange qui explique les légères variétés de coloration et d'épaisseur que présentent ces squammes. Plus l'inflammation est intense et plus la sécrétion est viciée, la proportion de la matière épidermique diminuée, celle du séro-pus augmentée, le produit exhalé liquide et la dessiccation difficile. Au contraire, lorsque l'inflammation diminue, le liquide est plus incolore, moins abondant; il finit même par être exhalé en quantité presque inappréciable. Aussi les squammes sont-elles de plus en plus minces, de moins en moins jaunâtres, et elles se renouvellent moins promptement. Puis à mesure que l'inflammation cède, l'épiderme se dessèche peu à peu ; mais pendant quelque temps il reste peu épais et peu consistant, et quelques squammes blanches et minces indiquent encore que la sécrétion n'est pas revenue tout à fait à son état normal. Dans quelques cas, à la suite de l'eczéma, l'épiderme reste un peu sec pendant un certain temps, sécheresse

(1) Biett plaçait aussi l'eczéma dans l'appareil sécréteur de l'épiderme. (Voy. article cité.)

qui s'explique de la même manière que celle qui accompagne le pityriasis, par l'existence d'un très-léger degré d'inflammation. Du reste, il n'est pas rare de voir un véritable pityriasis remplacer l'eczéma, et cette gradation insensible entre les deux maladies est une des preuves de leur identité de siége.

Il serait difficile de croire que, dans une inflammation aussi intense que l'est souvent celle de la dartre squammeuse humide, les organes voisins de ceux qui sécrètent l'épiderme ne subissent pas les inconvénients de la proximité. Ainsi, très-promptement la trame vasculaire s'enflamme, ou au moins devient le siége d'une congestion plus ou moins vive. De là cette rougeur s'étendant quelquefois à une distance assez grande du lieu principal de la maladie ; de là les érythèmes et même les érysipèles qui se développent, chez quelques sujets, autour des plaques d'eczéma. Le réseau lymphatique paraît être le plus facilement affecté, participation qui s'accorde avec la fréquence proportionnelle de la maladie chez les enfants, les femmes et les sujets lymphatiques. Peut-être même l'inflammation des vaisseaux inhalants contribue-t-elle à la production du liquide séreux ou séro-purulent de l'eczéma. L'inflammation eczémateuse se propage aussi très-souvent au col des bulbes pileux, ce qui occasionne la chute des poils, bien plus puissamment encore que dans le pityriasis. Dans certains cas, les follicules sébacés sont atteints par la maladie, complication qui est exprimée par le développement de pustules (1). L'irritation concomitante des papilles se manifeste par le prurit et la cuisson souvent intenses qui se font de temps en temps sentir dans l'eczéma. Enfin, la coloration grise, noirâtre, que l'on remarque quelquefois aux régions de la peau qui ont été affectées de la squammeuse humide, s'explique comme la même coloration, dans le pityriasis, par la modification qu'a éprouvée l'appareil chromatogène.

Psoriasis. — Il est des cas dans lesquels on remarque des plaques rouges, sans saillie, revêtues de squammes minces, ordinairement simples, un peu plus faibles et un peu plus adhérentes à la peau que dans les autres formes de la même maladie. Ces squammes ressemblent à celles qui sont le produit d'un liquide desséché, et cependant il n'y a le plus souvent au-dessous d'elles aucune humidité. Mais la peau n'est pas sèche et rude comme dans les autres espèces de psoriasis : elle a conservé presque toute sa souplesse. Ces sortes de psoriasis sont très-analogues à l'eczéma. J'en ai rencontré plusieurs exemples dans le service de M. Émery ; j'en ai aussi observé un cas dans les salles de Biett,

(1) Voir ci-après les affections des follicules.

et cet habile praticien ne savait lui-même s'il devait appeler cette maladie psoriasis ou eczéma. C'est qu'en effet la relation entre ces deux affections est intime, ce qui est une preuve de l'identité de leur siége élémentaire. Le pityriasis présente aussi une analogie assez grande avec le psoriasis. En effet, il se rapproche beaucoup des psoriasis dont les plaques sont sans saillie, les squammes minces et uniques. Il est à remarquer que ce sont ordinairement des psoriasis récents qui offrent le plus d'analogie avec les pityriasis et les eczémas, ce qui semble indiquer que le psoriasis est dû à une altération d'un degré plus avancé, pour ainsi dire, que ces deux autres affections. Ce qui tend aussi à le prouver, c'est que l'on voit quelquefois le psoriasis suivre l'eczéma, et bien plus rarement l'eczéma succéder au psoriasis.

Cette dernière affection est une inflammation chronique avec induration des organes blennogènes. Par la turgescence qui résulte de ces altérations, on s'explique la saillie de la peau au-dessous des croûtes. L'augmentation de la sécrétion épidermique n'est pas ici accompagnée, comme dans l'eczéma, de la sécrétion d'un liquide séreux ou séro-puriforme, parce que l'inflammation est moins vive. La matière épidermique est, au contraire, comme dans le pityriasis, plus sèche que dans l'état de santé. C'est aussi à cause de l'intensité peu considérable de l'inflammation que le psoriasis, bien plus rarement que l'eczéma, se complique d'autres affections cutanées. La maladie se borne aux organes primitivement affectés et ne gagne pas les autres. Tout au plus entretient-elle, chez plusieurs sujets, un léger degré de congestion.

Les organes sudoripares et sudorifères paraissent toutefois subir une modification qui contribue sans doute à produire la sécheresse de la peau. Il est permis de supposer que l'excitation des organes blennogènes nuit à celle qui est nécessaire aux organes sudoripares pour la sécrétion de la sueur, et que cette sécrétion est par là diminuée. De plus, les organes blennogènes indurés, et plutôt encore les croûtes épaisses qui recouvrent la peau, compriment les canaux hidrophores et gênent la sécrétion et l'excrétion de la sueur. Aussi, à mesure que l'on détermine la chute des squammes et que l'on empêche leur renouvellement, voit-on peu à peu la peau reprendre sa souplesse et l'excrétion de la sueur se rétablir, et le rétablissement de cette dernière fonction est ordinairement d'autant plus difficile que la maladie est plus ancienne, parce que les organes sudoripares reprennent d'autant plus difficilement leur exercice que la modification qu'ils ont subie a été plus prolongée ; de même, après la pleurésie, le poumon redevient d'autant plus difficilement perméable à l'air,

qu'il est resté plus longtemps comprimé par l'épanchement. Le rétablissement de la sécrétion et de l'excrétion de la sueur dérive de l'irritation des organes sécréteurs de l'épiderme, et contribue à la guérison du psoriasis : c'est par ce mécanisme qu'agissent plusieurs des moyens de traitement dirigés contre cette maladie. Il en est qui contribuent à la guérison du psoriasis en amollissant la peau et en détruisant peu à peu l'induration des organes blennogènes.

Ichthyose. — L'ichthyose est une perversion de la sécrétion de l'épiderme. Cette matière ne paraît pas, dans tous les cas, produite en beaucoup plus grande quantité que dans l'état normal, ou au moins l'augmentation de sécrétion est peu considérable ; car si la couche épidermique est souvent plus épaisse qu'elle ne doit l'être, souvent aussi cette épaisseur est à peine augmentée, et le renouvellement successif des lames épidermiques s'opère insensiblement, comme dans l'état sain. L'altération semble porter plutôt sur la qualité que sur la quantité de la matière sécrétée, et elle envahit ordinairement la totalité ou une grande étendue de l'appareil sécréteur de l'épiderme.

Durillon. —On ne peut apprécier, dans le durillon, qu'une simple augmentation de la sécrétion de l'épiderme, provoquée par les frottements, les pulsations réitérées. La matière sécrétée n'offre d'autre changement dans ses propriétés qu'une augmentation d'épaisseur et de consistance. L'augmentation de sécrétion porte sur une étendue de l'appareil blennogène, en rapport avec celle du point d'application de la cause déterminante.

Verrue, cor. — Il est une espèce de verrues que l'on rencontre le plus ordinairement sur le dos de la main, chez les gens du peuple ; elles sont à peine saillantes d'un demi-millimètre, larges de 4 à 7 millimètres, d'une surface unie, à peu près quadrilatères. Elles ne paraissent consister, de même que les durillons, qu'en une augmentation d'épaisseur de l'épiderme dans un espace limité.

Parmi les petites excroissances verruqueuses, de forme diverse et le plus souvent pédiculées, qu'Alibert appelle acrochordon, les unes sont simplement épidermiques, les autres constituées par une portion extérieure épidermique et par une portion centrale organique, semblable à celle qui forme le centre des autres verrues.

Le centre du cor est constitué par l'organe blennogène hypertrophié, et néanmoins peu saillant au-dessus du derme. A l'entour l'épiderme est épaissi et plus consistant comme dans le durillon.

Dans la verrue, c'est une altération analogue ; seulement l'hy-

pertrophie de l'organe blennogène et la saillie sont plus considérables. L'exubérance de la partie organique, dans la verrue, est démontrée par l'écoulement de sang que détermine la section de la verrue et par la présence des vaisseaux qu'y a suivis M. Cruveilhier.

Résumé des affections des organes sécréteurs de l'épiderme. — Ces maladies reconnaissent des causes communes à toutes les affections cutanées, et produisant celles dont il est ici question chez des sujets qui y sont prédisposés, ou des causes dont le mode spécial d'action est d'exciter les organes sécréteurs de l'épiderme, d'activer la sécrétion de cette matière, par exemple les pressions, les frictions réitérées. La plupart de ces affections se rencontrent moins souvent dans la vieillesse que dans les autres âges de la vie; elles sont ordinairement chroniques, tenaces et très-sujettes à récidive. Leur caractère commun consiste dans les modifications de la sécrétion épidermique. Presque toujours le renouvellement de l'épiderme est suractivé. Cette matière se résout en squammes d'une largeur et d'une épaisseur variables, plus sèches que dans l'état normal, ou rendues plus molles, au contraire, par leur mélange avec un liquide séreux ou séro-purulent. D'autres fois, il y a simplement augmentation dans l'épaisseur et la consistance de l'épiderme. C'est principalement d'après ces différences d'aspect, indiquant des états morbides distincts, que sont divisées les maladies de l'appareil blennogène.

1° Congestion, irritation sécrétoire ou très-légère inflammation des organes sécréteurs de l'épiderme, avec augmentation plus ou moins considérable de la sécrétion de cette matière, qui se renouvelle plus promptement que dans l'état ordinaire. — *Pityriasis.*

2° Inflammation plus intense des organes blennogènes, et peut-être aussi du réseau lymphatique; mélange à la matière épidermique d'un liquide séreux ou séro-purulent. — *Eczéma.*

3° Inflammation chronique et induration légère des organes blennogènes; augmentation de la sécrétion de l'épiderme. — *Psoriasis.*

4° Perversion permanente de la sécrétion épidermique, affectant, soit tout l'appareil blennogène, soit une grande étendue de cet appareil. — *Ichthyose.*

5° Augmentation modérée de la sécrétion épidermique, ainsi que de la consistance et de l'épaisseur de l'épiderme. — *Durillon.*

6° Augmentation légère de la consistance et de l'épaisseur de l'épiderme; hypertrophie plus ou moins grande de l'organe sécréteur. — *Cor, verrue.*

Maladies de l'appareil sécréteur et excréteur de la matière colorante.

Nævus. —Outre les nævus mentionnés plus haut, et qui sont dus à une altération du réseau vasculaire de la peau, il en est d'autres encore plus nombreux qui dépendent d'une aberration de sécrétion de la matière colorante de cette membrane. Ceux-ci ne disparaissent pas ou ne se décolorent que très-peu par la pression ; ils ne subissent pas des alternatives de coloration aussi prononcées que les taches dépendant d'une altération de l'appareil vasculaire. Toutefois, on en remarque aussi dans plusieurs, et particulièrement dans ceux dont la couleur approche du rouge, ce qui s'explique par la grande vascularité de l'appareil chromatogène.

Lentigo. — Les taches du lentigo sont dues à des altérations partielles des petites houppes de l'appareil chromatogène. La lumière solaire, ou quelquefois une autre cause, imprime aux petits organes chromatogènes une modification, en vertu de laquelle la matière sécrétée est plus forte en coulenr. Cette modification dure aussi longtemps que la partie reste soumise à l'influence de la cause qui l'a produite, et ordinairement aussi se prolonge quelque temps après la soustraction de cette cause.

Éphélide hépatique.—C'est une altération analogue à celle du lentigo, mais moins légère et moins superficielle, portant sur de plus larges surfaces de l'appareil chromatogène, et reconnaissant ordinairement une cause interne. Aussi la maladie est-elle généralement plus tenace. La relation étroite qui existe entre l'appareil chromatogène et l'appareil sécréteur de l'épiderme rend facilement compte de la desquamation légère, que l'on remarque quelquefois à la surface des taches hépatiques, et qui indique que l'appareil sécréteur de l'épiderme participe à la maladie, ordinairement, au reste, à un faible degré.

Éphélide mélanée. — Je réunis sous ce nom certaines taches scorbutiques d'Alibert et le pityriasis nigra de Willan. Parmi les taches scorbutiques d'Alibert, il en est qui ne paraissent être que des taches de purpura, des ecchymoses dans le tissu de la peau ; mais d'autres sont liées à une altération du pigmentum. Lorsqu'à la surface ds ces taches noirâtres il s'opère un peu de desquamation, c'est alors le pityriasis nigra dont j'ai déjà parlé à l'article pityriasis, et qui résulte de la réunion d'une affection de l'appareil chromatogène et d'une affection de l'appareil sécréteur de l'épiderme.

Colorations produites par l'introduction de substances spéciales dans l'économie.—La coloration bronzée résultant de l'ingestion

du nitrate d'argent est due à une sorte de combinaison de cet agent et du pigmentum.

Vitiligo. — Le vitiligo est le résultat de l'absence ou de la diminution de la matière colorante de la peau, dans des espaces limités.

Albinisme. — Cet état dépend du défaut de matière colorante dans tout l'appareil cutané.

Résumé des maladies de l'appareil chromatogène. — Comme on le voit, ces maladies sont celles dont le caractère principal est une coloration anormale de la peau, qui ne résulte ni de l'injection du réseau vasculaire, ni d'un épanchement de sang, ni du mélange du sang qui parcourt les vaisseaux cutanés d'une matière étrangère qui communique à la peau comme à tous les tissus une teinte particulière, exemple, l'ictère et la teinte cachectique, ni enfin d'une décoloration du sang, comme dans l'anémie. La coloration anormale dépendant d'une altération de la sécrétion pigmentaire est de deux espèces distinctes : ou elle est plus foncée, ou elle est plus pâle que dans l'état normal. Ces altérations du pigmentum peuvent porter sur des parties très-restreintes ou très-larges de l'appareil chromatogène, ou sur l'appareil tout entier. C'est par ces différences de coloration et d'étendue que les maladies sont distinguées entre elles.

1° Aberration congéniale, limitée et permanente de la sécrétion de la matière colorante.—*Nævus.*

2° Sécrétion d'un pigmentum plus foncé par des parties isolées de l'appareil chromatogène. — *Lentigo.*

3° Degré plus avancé d'une altération analogue et coloration plus foncée, portant sur une plus grande étendue de l'appareil chromatogène. —*Éphélide hépatique, éphélide mélanée.*

4° Combinaison du pigmentum avec une substance particulière, ingérée dans l'économie. — *Coloration produite par le nitrate d'argent.*

5° Absence ou coloration moins formée du pigmentum, dans une étendue beaucoup moins considérable.—*Vitiligo.*

6e Absence complète ou décoloration notable du pigmentum dans tout l'appareil chromatogène. — *Albinisme.*

Maladies des follicules sébacés.

Acne disseminata. — Cette maladie est l'inflammation le plus souvent chronique de la surface extérieure du follicule et du tissu cellulaire qui l'enveloppe. La surface intérieure des parois folliculaires n'est pas intéressée, car, dans bien des cas, la sécrétion du follicule ne paraît pas modifiée. Les parois du follicule

et, plus encore le tissu cellulaire environnant, sont épaissis et souvent indurés (*acne indurata*), et au centre de l'élevure indurée formée par cette altération, on voit souvent un petit point noir qui est l'orifice du goulot du follicule. De cet épaississement résultent souvent l'oblitération de l'ouverture extérieure du follicule et la rétention de la matière sécrétée dans la cavité folliculaire, ce qui, par suite, peut déterminer une inflammation plus ou moins intense à la face interne des parois. D'autre part, quelquefois le tissu cellulaire d'enveloppe suppure. Dans quelques cas même, l'inflammation gagne les vaisseaux qui arrivent au follicule et détermine leur oblitération. Alors le follicule n'est plus qu'une sorte d'eschare, un corps étranger que la suppuration expulse, et l'on voit sortir un bourbillon dont la forme est celle d'un follicule.

Acne punctata. — L'*acne punctata* consiste dans la rétention et l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules. Cette matière se dessèche, durcit, devient grisâtre ou noire, et dilatant le conduit du follicule, apparaît à la surface de la peau comme un point grisâtre ou noir. C'est cette matière qui est exprimée sous la forme d'un petit ver, par la pression sur les parties latérales. Il est impossible que cette altération soit sous la dépendance d'une irritation légère de la surface interne des parois, laquelle diminue la quantité du produit sécrété et le rend plus sec ; mais cette irritation est, dans le principe, peu ou point appréciable. Plus souvent, la rétention de la matière sébacée enflamme consécutivement le follicule, et cette inflammation gagne même quelquefois le tissu qui l'environne. C'est ce qui produit la rougeur autour des points grisâtres ou noirs, et, dans un degré plus avancé, les pustules formées par le pus que sécrètent les follicules enflammés, et au milieu duquel on retrouve encore quelquefois la matière sébacée, grisâtre ou noirâtre, desséchée.

Acne rosacea (1). — La couperose est une inflammation chronique des parois folliculaires. Cette inflammation porte sur la surface externe de la poche folliculaire et sur une mince couche du tissu qui l'enveloppe, comme le démontrent les petites élevures tuberculeuses, formées par la saillie des follicules augmentés de volume et celle du tissu qui les double en dehors. L'inflammation envahit aussi la surface interne, et selon son degré, elle y détermine, soit seulement le desséchement de la matière sécrétée, comme dans l'*acne punctata*, soit la formation d'un pus plus ou

(1) On trouve dans l'*Histoire anatomique des inflammations*, par M. Gendrin, une description anatomo-pathologique qui prouve le siége folliculaire de la couperose.

moins visqueux. Lorsque ce pus est en très-petite quantité, il peut séjourner quelque temps à l'intérieur du follicule, sans apparaître au dehors ; aussi trouve-t-on quelquefois un peu de pus au centre des petites élevures tuberculeuses. Lorsque la quantité de pus contenue dans le follicule est plus grande et surtout lorsque les parois de cette poche, ainsi que le tissu qui l'enveloppe, n'offrent que peu ou point d'épaississement et d'induration, le pus vient paraître sous l'épiderme et forme une pustule.

La rougeur qui environne les follicules malades dénote un état de congestion permanente du réseau vasculaire, affection qui, bien souvent, est plus apparente que celle même du follicule. Les petites dilatations variqueuses que l'on remarque au milieu de cette rougeur sont la conséquence de cette congestion. Enfin, les furfures épidermiques soulevées à la surface, chez quelques sujets, indiquent une excitation légère, transmise aux organes chargés de la sécrétion de l'épiderme.

Impetigo figurata. — C'est ici la surface interne du follicule qui est le siége exclusif de l'inflammation ; aussi ne rancontre-t-on pas d'induration dans cette maladie, et souvent les pustules sont à peines saillantes et même à peine appréciables. Le fluide sébacé est mêlé à un peu de pus, mais continue à être sécrété en quantité assez considérable, et il résulte de ce mélange un liquide visqueux qui sort des follicules et se dessèche à la surface de la peau en croûtes d'une épaisseur considérable, et d'une belle teinte jaune (mélitagre). Le produit de plusieurs follicules voisins contribue ordinairement à former une même croûte, et l'on comprend qu'à la face où la mélitagre siége ordinairement, l'inflammation se propage facilement d'un follicule à ceux qui l'avoisinent par l'entremise du réseau vasculaire, très-développé dans cette région et dont la congestion est indiquée par la rougeur qui entoure les altérations principales ; cette congestion devient quelquefois une véritable inflammation ; c'est alors l'impétigo érysipélatodes.

Mentagre. — Il n'est personne qui n'ait reconnu une grande ressemblance dans l'apparence extérieure de l'impétigo figurata et de la mentagre. C'est qu'effectivement leur siége élémentaire et leur nature sont à peu près les mêmes. La mentagre est une inflammation de la surface interne de la poche folliculeuse. Cette inflammation est plus intense que celle qui préside au développement de l'acne disséminata, de l'acne punctata et de l'acne rosacea : aussi le liquide puriforme sécrété est-il plus abondant que dans ces maladies, et par suite les pustules et les croûtes sont

plus grosses. La proportion du pus dans le liquide sécrété par le follicule est aussi plus considérable que dans l'impétigo figurata ; c'est pourquoi ce liquide est moins visqueux et la croûte un peu moins mellitoïde que dans cette dernière maladie. Les croûtes, pour l'apparence, tiennent le milieu entre celles de l'impétigo figurata et celles de l'impétigo ordinaire, et les croûtes de la mentagre, au milieu des poils de la barbe, ne sont pas très-différentes de celles de l'impétigo capitis appendues aux cheveux. Peut-être le volume des pustules, plus considérable dans la mentagre que dans l'impétigo, est-il dû aussi en partie à ce que la surface extérieure des parois des follicules participe à l'inflammation que produit l'épaississement de ces parois ainsi que l'induration des couches celluleuses qui les doublent. La mélitagre étant, dans la plupart des cas, plus aiguë que la mentagre, et réagissant par conséquent davantage sur le système vasculaire, il en résulte que la rougeur de la peau, aux environs des pustules, est plus constante dans la première maladie que dans la dernière.

Impetigo sparsa. — C'est encore une inflammation des follicules dans laquelle le produit sécrété est presque entièrement converti en pus, ce qui forme des pustules ; autant de pustules, autant de follicules enflammés, et ordinairement, lorsque le pus sorti du follicule se concrète en croûtes au dehors, chaque croûte correspond à un follicule. Le liquide fourni par plusieurs follicules voisins ne se réunit pas ordinairement, comme on le voit dans l'impétigo figurata, sans doute parce qu'il est moins visqueux et que les pustules voisines ne s'ouvrent pas en même temps. De là ces petites croûtes globuleuses qui sont un des caractères de l'impétigo du cuir chevelu.

Quelquefois à la suite de l'impétigo, il survient des ulcérations qui commencent par les follicules et gagnent ensuite de proche en proche les tissus voisins. C'est là un chaînon intermédiaire entre l'impétigo et le lupus ; c'est l'impétigo rodens, que beaucoup de médecins confondent avec le lupus, et qui, en effet, n'en est pas très-différent.

Lupus. — L'analogie qui existe entre le lupus et les maladies des follicules m'engage à les placer à leur suite. En effet, l'apparence de la maladie, sa longue durée, la difficulté de sa guérison, son indolence, son siége le plus ordinaire à la face, sont des points de ressemblance frappants. De plus, l'altération qui constitue le lupus consiste le plus ordinairement en une inflammation d'une ou plusieurs petites loges séparées par des cloisons et ne communiquant pas entre elles, disposition qui s'accorde assez

avec le siége folliculaire. Je pense donc que le lupus est une maladie des follicules, et c'est d'ailleurs l'opinion de M. Baudelocque, juge parfaitement compétent sur ce sujet. Je regarde le lupus comme une inflammation chronique, ulcéreuse, des follicules. Cette inflammation détermine la sécrétion d'une petite quantité de pus dans le follicule, dont la cavité est peu à peu dilatée par ce liquide, qui ensuite en sort et se dessèche en croûte à la surface. Des follicules d'abord seuls affectés, l'inflammation gagne la portion voisine du tissu cutané, où elle envahit d'autres follicules dans lesquels elle détermine les mêmes altérations que dans ceux primitivement intéressés. Elle entretient dans le réseau sanguin de la région affectée une congestion peu active, se révélant par la rougeur violacée qui entoure les altérations principales. Après un espace de temps variable, ordinairement assez long, les tissus chroniquement enflammés se détruisent peu à peu, et lorsque l'inflammation a commencé par des points isolés, les ulcérations sont souvent multiples dans une même plaque de lupus, et tantôt alors elles communiquent entre elles, tantôt et plus souvent elles sont séparées par des cloisons imperforées.

Je suis porté à croire que, dans quelques cas, le principe de cette maladie est le dépôt de granulations tuberculeuses. Les conditions générales dans lesquelles cette affection se rencontre ; la coïncidence fréquente de tubercules dans d'autres organes ; l'ulcération, la destruction et les excavations si analogues à de semblables altérations, déterminées dans les viscères par le dépôt des tubercules ; la marche chronique de la maladie, la gravité de son pronostic, la rareté de sa guérison ; l'influence trop souvent nulle du traitement ; l'apparence séreuse du pus qui est sécrété, sont des conditions d'analogie sur lesquelles je fonde mon opinion. De plus, dans plusieurs cas, j'ai trouvé au fond de l'ulcération une matière d'un gris jaunâtre, assez analogue à la matière tuberculeuse. De plus encore, chez quelques sujets affectés de lupus, et notamment chez une femme infirmière à l'hôpital Saint-Louis, et récemment guérie par M. Émery d'un lupus dont elle portait la cicatrice au visage, j'ai rencontré, près de la ligne médiane de la voûte palatine, de petits soulèvements isolés de la muqueuse, qui, à leur niveau, ne tardait pas à jaunir et à s'ulcérer, et aussitôt après la destruction de la membrane, apparaissait au fond de l'ulcération un petit grumeau de matière tuberculeuse très-reconnaissable, dont la présence avait causé l'inflammation et la destruction de la muqueuse autour de lui. N'y a-t-il pas une grande analogie entre cette maladie et le lupus

avec lequel elle coïncidait? Cette altération de la région du palais offrait, moins la présence de la matière tuberculeuse, une grande ressemblance avec les inflammations des follicules de la même région, si communes chez les nouveau-nés; ressemblance qui tend à faire croire que le point de départ de la maladie, chez l'infirmière de l'hôpital Saint-Louis et dans les cas analogues, était aussi dans les follicules ; et le siége folliculaire d'une maladie, si analogue au lupus de la peau, conduit à assigner à celui-ci le même siége.

Résumé des maladies des follicules. — Si l'on excepte les maladies de l'appareil sécréteur de l'épiderme, il n'est pas d'affections cutanées qui forment un groupe plus distinct que celles des follicules. Elles présentent entre elles, comme nous l'avons vu, de grandes ressemblances en rapport avec la grande analogie de leur siége élémentaire et de leur nature, et leurs lésions pathologiques forment une chaîne non interrompue. Ces maladies occupent le plus communément la face ; leur durée est généralement longue; la plupart sont fort rebelles au traitement et plusieurs à peu près inguérissables. Les lésions principales de ces affections sont des pustules, beaucoup plus rarement des tubercules.

Les maladies des follicules réagissent peu sur l'organisme en général ; aussi sont-elles en grande partie exemptes des symptômes généraux ; elles réagissent même fort peu sur les autres organes cutanés. Ainsi elles ne provoquent la chute des poils que lorsqu'elles sont parvenues à un haut degré de développement, parce que la maladie n'intéresse pas les bulbes pileux ; très-rarement une légère desquamation furfuracée indique, au niveau des points malades, un peu de congestion des organes blennogènes. Le réseau vasculaire est le seul qui, par une légère rougeur, révèle, dans quelques cas, sa participation à la maladie ; mais il est rare que la lésion de ce système aille au delà de la congestion. Enfin aucun symptôme ne dénote ordinairement que l'appareil papillaire et l'appareil sudoripare prennent part à l'affection.

L'énumération suivante prouvera la liaison des maladies des follicules entre elles :

1° Inflammation presque toujours légère de la surface externe des parois folliculaires et du tissu cellulaire qui les double, lequel devient plus épais et souvent s'indure. Quelquefois, consécutivement, rétention de la matière sébacée dans le follicule, et, dans quelques cas, inflammation de la surface interne des parois de cette poche. — *Acne disseminata.*

2° Rétention et accumulation de la matière sébacée dans les

follicules ; quelquefois, consécutivement, inflammation de la surface interne des parois folliculaires. — *Acne punctata.*

3° Congestion ou inflammation chronique légère de la surface interne des parois folliculaires, de leur surface externe et du tissu qui les entoure ; congestion permanente du réseau vasculaire environnant. — *Acne rosacea.*

4° Inflammation plus intense, bornée à la surface interne de la poche folliculaire, avec sécrétion d'un liquide sébacé mêlé à une petite quantité de pus, mélange qui se concrète à l'extérieur en croûte jaune et visqueuse. — *Impetigo figurata.*

5° Inflammation un peu plus intense de la surface interne des parois folliculaires et sécrétion d'un pus mêlé à une moindre proportion de matière sébacée. L'inflammation paraît aussi occuper toute l'épaisseur des parois folliculaires, et même peut-être un peu le tissu qui les enveloppe. — *Mentagre.*

6° Inflammation plus considérable encore de la surface interne des parois du follicule, et produit de sécrétion entièrement converti en pus. — *Impetigo sparsa.*

7° Inflammation chronique, ulcéreuse, commençant par les follicules et s'étendant ensuite au tissu voisin. — *Impetigo rodens. Lupus.* (*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 10 AVRIL.

Moyen de faire disparaître les taches de la peau par le tatouage. — M. F.-S. Cordier adresse un mémoire sur la possibilité de faire disparaître, par le moyen du tatouage, les taches, ou *nævi materni*, de la peau. L'auteur s'est demandé s'il ne serait pas possible d'effacer ou du moins d'affaiblir notablement ces taches à l'aide du tatouage, c'est-à-dire en déposant dans l'épaisseur même de la tache une matière colorante blanche, ou d'une nuance qui se rapprocherait de la couleur générale de la peau. Partant de cette idée, il a eu recours au procédé ordinaire de tatouage à l'aide du blanc de plomb. Le premier effet du tatouage a été de déterminer, là où l'opération a été pratiquée, de la démangeaison, puis une légère inflammation accompagnée bientôt de phlyctènes, auxquelles succédèrent de petites eschares ; celles-ci tombées, la matière colorante se voit distinctement dans le tissu de la peau ; elle y est déposée d'une manière indélébile, si toutefois elle est de nature à s'y fixer.

M. Cordier a essayé cette méthode contre les taches brunes ou fauves, qui doivent toute leur coloration au pigment déposé en excès. et contre les taches lie de vin qui semblent dues à la dilatation variqueuse des vaisseaux capillaires ; mais, dans ce dernier cas, ses tentatives ont été sans succès.

En résumé, des expériences auxquelles s'est livré l'auteur, il croit pouvoir considérer comme acquis qu'en faisant pénétrer dans le tissu de la peau à l'aide du tatouage, ou autrement de l'acupuncture, certaines substances, on peut, dans certains cas, faire disparaître entièrement, dans d'autres, affaiblir très-sensiblement la couleur des signes ou *nœvi materni* qui sont dus à la coloration exagérée du pigment.

Altération du pain de munition par l'oïdium aurantiacum. — M. Forter, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Blidah, adresse à l'Académie une copie d'un rapport sur le cryptogame désigné sous le nom de *oïdium aurantiacum*, qui s'est développé à Blidah dans le pain de munition pendant toute la saison des chaleurs de l'année 1847. Il résulte des recherches auxquelles l'auteur s'est livré, que le cryptogame appelé par les botanistes *oïdium aurantiacum*, qui s'est développé dans le pain, est le produit de la végétation des sporules ou semences d'un même végétal apportées dans cette substance alimentaire par l'air ambiant, et peut-être par l'eau employée pour faire la pâte ; que ces semences ont donné naissance à ces cryptogames, parce qu'elles se sont trouvées sous l'influence d'une haute température et de l'humidité renfermée dans le pain. La présence de ces végétations contribuant à entretenir ou à causer même des affections intestinales chez les soldats ou à augmenter l'intensité de celles qu'ils avaient déjà, et l'auteur ayant remarqué qu'entre autres causes qui contribuaient à favoriser le développement de ces cryptogames, l'une des plus constantes est l'humidité excédante retenue dans le pain par le son que contiennent les farines, il propose à l'administration divers moyens pour prévenir, autant que possible, l'action de la chaleur humide sur les denrées, et en particulier d'épurer les farines du son qu'elles contiennent.

SÉANCE DU 17 AVRIL.

Fabrication du blanc de plomb.—M. Versepuy, pharmacien à Riom, adresse une note relative à la fabrication du blanc de plomb.

L'auteur considère le procédé dit hollandais, ainsi que celui de Clichy, comme un *assassinat organisé* dans l'atelier ; mais il ne croit pas qu'il soit possible de remplacer, comme on l'a proposé récemment, le blanc de plomb par le blanc de zinc, pour les divers usages des arts où l'on se sert de la première de ces substances. Il a dû en conséquence chercher à modifier les procédés actuellement en usage, afin de les dépouil-

ler autant que possible des dangers auxquels ils exposent. Il est parvenu, dit-il, après douze années de recherches et d'expérimentation, à éviter la majeure partie des inconvénients reprochés à ces procédés. Dans son procédé, la céruse se fabrique dans des appareils fermés. Elle n'est extraite de ces appareils que mélangée à l'eau. Elle ne peut conséquemment pas se répandre en poussière dans l'atmosphère de l'atelier. L'ouvrier ne la touche pas ; il ne la respire pas ; le seul contact qui a lieu avec quelques précautions est pour la mettre à l'étuve et l'en sortir. La simplification est réduite à sa plus simple expression.

L'accélération du travail est telle , que vingt-quatre heures suffisent pour un travail qui demande par les autres procédés quarante jours au moins.

La différence entre les procédés de fabrication en apporte par conséquent dans ses effets sur la santé des ouvriers.

SÉANCE DU 24 AVRIL.

M. Rayer lit une note sur un faux hermaphrodisme chez un bélier. Nous publierons textuellement cette note dans le prochain uuméro. Les autres communications sont étrangères aux sciences médicales.

— La séance de l'Académie de médecine est ajournée à jeudi 27 , à cause des élections, la salle des séances ayant été mise à la disposition de l'administration municipale.

SÉANCE DU 1er MAI.

Rôle du poumon dans la circulation du sang. — M. Wanner , voulant se garantir la priorité de ses opinions sur la circulation du sang, en donne communication à l'Académie , se réservant plus tard d'en faire l'objet d'un mémoire détaillé avec des expériences à l'appui. L'auteur considère le poumon comme l'organe central de la circulation. Ce qui peut démontrer, suivant lui, que ce sont les poumons qui sont le point central de la circulation, c'est que c'est dans ces organes que le sang veineux change de nature. Puisque , dit M. Wanner , c'est dans les poumons que le sang veineux change de nature ; puisque si , par cause quelconque, l'acte de l'hématose ne peut s'accomplir, on voit alors les battements du cœur , et ceux du pouls s'arrêter , ce sont donc ces organes qui sont le point central de la circulation.

Il fonde en outre son opinion sur ce que le cœur n'agit par ses contractions que sur une moitié seulement de la circulation , sur celle à sang rouge depuis le ventricule gauche jusqu'au tissu spongieux , et enfin sur celle du sang veineux, depuis le ventricule droit jusqu'au tissu pulmonaire, parce que c'est seulement dans cette moitié de vaisseaux parcourus que l'on observe des mouvements alternatifs et saccadés ,

mouvements qui ne devraient pas indubitablement manquer d'avoir lieu pour les veines également, si elles faisaient suite immédiatement aux artères, et si, comme on l'a cru jusqu'à présent, le sang passait directement des artères dans les veines. Ce qui a été remarqué par des injections dans des vaisseaux de la rate et du rein ne prouve rien, suivant M. Wanner, pour le reste des tissus de tout le corps. D'ailleurs, ces injections étant faites sur des cadavres, les tissus parcourus par la substance injectée étant sans vie, il ne peut y avoir ici qu'effet mécanique produit par le piston de la seringue. Il invoque en outre ce fait, que la force d'impulsion, que le cœur détermine à l'ondée de sang artériel, vient se perdre dans la résistance qu'offre le tissu spongieux par sa nature élastique.

Ce qui le démontre encore, enfin, c'est la couche immobile de sérum dans les infiniment petits conduits, couche qui adhère aux parois des vaisseaux ; l'immobilité des globules qui sont plongés dans cette couche est encore une preuve que toute la colonne ne prend pas part aux mouvements, et que, si alors il ne se passait pas ici un acte particulier de synthèse et d'analyse déterminé au moyen des sels contenus dans le sérum des principes de la fibrine, de l'oxygène charrié par les globules, de la matière même de ces globules et des différents pricipes émanés des tissus ; 1° que le sang veineux ne pourrait se constituer ; 2° que son mouvement de retour, qui a lieu par un mouvement continu, ne pourrait avoir lieu.

Instrument pour l'extraction des corps étrangers dans le conduit auditif externe. — M. Blanchet adresse un nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers dans le conduit auditif cxterne, auquel il donnele nom de *trilabe.*

Cet instrument se compose de deux pièces :

La première est formée d'une tige en acier, terminée à une de ses extrémités par un bouton ; à l'autre par trois branches, qui, par leur forme et leur action, représentent une véritable main. Chacune de ces branches forme à sa terminaison une griffe rentrante, disposée de façon à ne pouvoir blesser les parois du conduit, et à retenir solidement fixés tous les corps qu'elle accroche.

La deuxième pièce se compose d'une canule en argent, dans laquelle se meut la tige en acier, et d'une queue de support qui sert à tenir l'instrument. La courbure de la canule est en rapport exact avec celle du conduit auditif, et semblable à celle du spéculum de l'oreille du même auteur.

Pour se servir de l'instrument, on l'introduit fermé, et dans ce cas, il peut servir de stylet explorateur.

Lorsqu'on a reconnu la position du corps étranger et son volume, on

pousse la tige, et par ce mouvement, le corps à extraire est saisi, et il ne suffit plus que de tirer pour l'obtenir.

Cet instrument, d'une grande simplicité, et susceptible de diverse modifications, peut servir à l'extraction de tous les corps étrangers de l'oreille.

Influence des courants galvaniques sur la circulation et sur les grandes fonctions de l'économie. — M. Heale, dans un mémoire sur les courants galvaniques qui se produisent, s'est proposé de prouver, d'après les premiers indices de la vitalité dans l'œuf, que le mouvement d'un liquide dans un cercle défini constitue le premier anneau de la chaîne des causes, par lesquelles se parfait la vitalité ; que les phénomènes de la structure vivante sont consécutifs ou supplémentaires à cette condition indispensable, et que, même quand les fonctions de la vie seraient suspendues ou détruites, elles ne peuvent exister indépendamment de cette circulation. L'auteur montre qu'il est nécessaire à la circulation que deux liquides, ou un liquide sous deux états différents, communiquent par deux points ou extrémités l'un avec l'autre, et que ces extrémités présentent une résistance telle à leurs rapports ou commixtion mutuelle, que le transport des conditions de chacun d'eux de l'un à l'autre ait lieu ; autrement l'uniformité de tous deux mettrait promptement fin au phénomène. Une chose reconnue aussi, c'est que les deux forces en action dans ces deux points soient l'inverse l'une de l'autre : dans l'une, ce serait de la force artérielle à la force veineuse ; dans l'autre, ce serait l'inverse.

Les vaisseaux sanguins contenant les deux sortes de sang sont assimilés par l'auteur à deux barreaux magnétiques placés l'un à côté de l'autre ; les capillaires pulmonaires et systémiques représentant les armatures placées à leurs extrémités, avec cette restriction toutefois que, comme le changement dans le sang a lieu seulement dans les deux systèmes opposés de capillaires, la force est uniquement engendrée en eux, et par conséquent le sang intermédiaire, dans les gros vaisseaux sanguins, représentent uniquement les fils conducteurs qui complètent le circuit. Le côté gauche du cœur est considéré comme étant placé dans la plus grande ampoule de la circulation artérielle, et le côté droit comme étant dans une position analogue relativement au courant veineux. La circulation de la veine porte est également mentionnée par l'auteur pour prouver qu'une force de propulsion n'est pas essentielle pour produire la circulation du sang, et il cite de nombreuses expériences sur divers animaux, dans lesquelles les extrémités des deux fils semblables (de cuivre ou de platine) ont été introduites, l'une dans une veine, l'autre dans une artère, les deux autres extrémités libres de ces fils étant mises en rapport avec un galvanomètre délicat, et où l'on a trouvé que, pen-

dant la vie, il y avait indication d'un courant galvanique passant le long de l'artère et revenant par la veine ; que le courant devenait plus faible à mesure que la vitalité de l'animal diminuait, et reprenait de la force dès que l'effet du chloroforme qu'on avait administré pour prévenir la douleur venait à cesser.

L'auteur fait également remarquer que la puissante action d'un muscle (le sterno-mastoïdien) entre les deux vaisseaux sanguins tend à décharger la force galvanique à mesure qu'elle se produit, et que lorsqu'on coupe ce muscle, la force galvanique devient plus considérable. Lorsque les rapports entre les courants et les poumons sont interrompus par une ligature placée sur la veine, entre l'insertion du fil et le cœur, le courant est instantanément renversé et passe par la veine pour retourner par l'artère. Le même renversement du courant a lieu quand les fils sont introduits dans des portions de vaisseaux qui ont été isolés, chacun, par deux ligatures placées l'une au-dessus de l'autre, au-dessous de l'insertion des fils. On obtient aussi un effet semblable tout le temps que le sang met à se coaguler, lorsque les deux sortes de sang extraites des vaisseaux et reçues dans les palettes différentes sont mises en rapport avec un galvanomètre, le sang dans les palettes communiquant ensemble par les extrémités d'une pièce de cuivre ou d'une lanière musculaire plongeant dans chacun d'eux.

M. Heale rapporte aussi diverses expériences tendant à prouver que la force qu'on suppose aux liquides, différant chimiquement, d'agir chimiquement sur le fil de cuivre, et par conséquent de donner ainsi naissance à des courants, a été singulièrement exagérée, et que la plus grande partie des phénomènes qu'on avait attribués à cette cause sont bien plutôt dus aux forces polaires que les liquides tendent à prendre et qui se déchargent à travers le cuivre comme conducteur, puisque le même effet se produit quand on emploie le platine, et même à un degré appréciable lorsque aucun métal n'est en contact avec des composés artificiels, en employant seulement le coton humecté d'eau pour établir les différents rapports entre les liquides.

L'auteur décrit ensuite la marche du sang dans le fœtus, et montre que ce sang passe par le corps dans la direction d'une artère à une veine, l'extrémité supérieure constituant un segment, et la moitié inférieure du corps l'autre segment du cercle. Il fait remarquer que jusque-là il n'y a pas antagonisme dans les forces, et par conséquent pas de faculté pour engendrer un courant galvanique, qui, selon lui, est fourni par le plus petit cercle, à travers le placenta, qui rejoint le grand cercle à la veine cave et l'abandonne aux artères hypogastriques. Le plus petit cercle faisant passer, par induction, le courant dans le plus grand, de la même manière que le grand cercle, dans l'adulte, peut être supposé induire

les petits cercles qui sont secondaires, comme l'hépatique, etc.

L'auteur détermine ensuite la signification du fait du renversement du courant qui s'établit aussitôt que le courant principal éprouve un obstacle ; les capillaires *systémiques*, qui sont doués du pouvoir d'engendrer une force exactement contraire à celle produite dans les poumons ; la rapidité de la circulation, qui, toutes choses égales, est aussi la mesure de l'excès de la force primaire sur la résistance. Il en conclut que le galvanisme qu'on trouve dans les veines doit son origine à l'état d'opposition où se trouve le sang dans le réseau capillaire qui se rend à chacun d'eux, les anastomoses des capillaires artériels entre eux augmentant la surface galvanique, tandis que leurs anastomoses, limitées avec les veines, fournissent les conditions nécessaires au courant passif. Les fonctions de conducteurs, pour la décharge virtuelle de la force accumulée, sont assignées aux nerfs des muscles de la volonté et l'auteur pense que le circuit, au moyen duquel elles s'exécutent dans ces derniers se prolonge de part et d'autre des centres nerveux, qui sont à leur tour pourvus de vaisseaux sanguins capables d'influencer l'équilibre galvanique. L'accélération de la respiration due à un exercice musculaire accru est attribuée à cette cause, et M. Heale en conclut que les muscles involontaires sont pourvus, à leur intérieur, d'un appareil propre à régulariser leur décharge galvanique périodique. La réaction mutuelle des parties distantes est due aussi à ce que le corps est tout entier compris dans le cercle galvanique, qui ne peut être troublé dans un point sans que la totalité participe proportionnellement aux effets.

SÉANCE DU 8 MAI.

Haschisch. — M. Edmond de Courtive adresse l'extrait d'un mémoire sur le haschisch, dont il a le premier en France, dit-il, fait une étude sérieuse au double point de vue chimique et physiologique.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Le principe actif du cannabis indica récolté à Alger est une résine qui, à la dose de 0,05, produit le même effet que 2 grammes d'extrait pur de haschisch, ou bien de 15 à 20 grammes environ de *dawamesc*, électuaire exotique supposé pur, c'est-à-dire ne contenant que du chanvre indien, des condiments et des aromates.

2° Le C. indica récolté en France fournit une résine moins active que la précédente et en quantité moindre.

3° Le C. sativa de France donne une résine analogue et bien moins active, mais active.

4° Le C. sativa dont les semences viennent d'Italie, mais qui est récolté en France, donne une résine plus active que la précédente.

5° Le principe actif du cannabis réside principalement dans les feuilles de la plante.

6° Les C. indica et sativa n'ont pas de caractères botaniques assez tranchés pour former deux espèces.

7° La thérapeutique doit s'enrichir de la résine des cannabis ou *cannabine*, attendu que celle-ci peut rendre de grands services à la médecine.

Voici les propriétés physiques et chimiques de la résine que l'auteur a obtenue du C. indica, envoyé d'Alger. Elle est d'un vert brunâtre foncé, d'une odeur aromatique et nauséeuse, d'une saveur poivrée, âcre et tenace; soluble à froid dans l'alcool fort, l'éther, les huiles fixes et volatiles, les corps gras; insoluble dans l'eau et l'alcool faible. Quoique assez homogène, elle offre, lorsqu'elle est étalée dans une capsule de porcelaine, et qu'elle est encore chaude, de petites agglomérations terminées en pointe, et qui semblent annoncer la présence d'un corps gras.

D'après de nombreuses expériences auxquelles s'est livré M. de Courtive, tant sur lui-même que sur d'autres personnes et sur des animaux, pour déterminer l'action physiologique du C. indica sur le système nerveux, il se croit fondé à penser que la cannabine serait peut-être utile en médecine comme narcotique et stupéfiant, dans le traitement des névroses en général, dans les dernières périodes des affections cancéreuses. La cannabine produit aussi, mais à un bien moindre degré que le dawamesc, le madjoun, etc., des effets tétaniques, et dans certaines périodes de son action, elle semble entrer dans la classe des stimulants généraux excitateurs, tels que la strychnine, l'électricité, etc. Le haschisch détermine l'engouement sanguin du poumon, ainsi que l'a constaté M, Aubert-Roche chez des pestiférés, et que l'a éprouvé l'auteur lui-même. Cependant, comme on peut, au moyen des émissions sanguines, combattre cette congestion pulmonaire que ne cause pas toujours le haschisch, ce ne sera pas, suivant lui, une raison de le rejeter alors, puisqu'on en a retiré quelques avantages dans plusieurs cas de coqueluche et de catharres bronchiques. Enfin l'auteur croit, d'après l'autorité de M. Moreau, que la cannabine pourrait rendre des services en pathologie mentale.

Procédé pour l'amputation de l'ongle incarné.—M. Malle, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, écrit d'Alger qu'ayant eu occasion de pratiquer, dans les premiers jours du mois de mars, deux nouvelles opérations d'ongle incarné par le procédé de l'avulsion, à l'aide de l'instrument qu'il a adressé à l'Académie, il a hâte d'en faire part, la guérison des deux opérés ayant été encore beaucoup plus prompte que dans les cas précédemment opérés.

L'un d'eux, âgé de 42 ans, souffrait de son ongle depuis plus de trois

ans, et avait même déjà été opéré une fois par le procédé de M. Baudens ; le second, âgé de 36 ans, était atteint de son affection depuis plus longtemps et avait subi deux opérations, l'une par la cautérisation précédée de l'enlèvement de la portion d'ongle entrée dans les chairs, ainsi que de la portion de racine qui y correspondait ; l'autre par l'incision ou l'arrachement, d'après le procédé de Dupuytren.

L'auteur adresse un nouveau modèle de son instrument, modifié de manière à pouvoir s'insinuer plus facilement sous la racine de l'ongle, et à opérer beaucoup plus aisément son enlèvement complet. (Renvoyé à la même commission.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 11 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

La correspondance officielle comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Prades, au sujet d'une épidémie de variole (comiss. des épidémies) ; 2° une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un rapport et de divers documents relatifs à la guérison d'une lèpre tuberculeuse, au moyen de l'écorce de l'assacore, dont un échantillon est joint à la lettre. (Ces pièces sont renvoyées à l'examen de MM. Mérat et Gibert.)

M. Delfraysse, médecin à Cahors, fait part à l'Académie d'un moyen qu'il a imaginé pour remédier à l'hémorrhagie alvéolaire consécutive à l'extraction des dents. Ce moyen consiste à appliquer dans l'alvéole un fragment de moelle de tournesol, auquel il donne la forme de la dent qui vient d'être enlevée. Ce moyen agit, suivant lui, à la fois par la compression mécanique qu'il exerce sur les parois alvéolaires, et par la propriété hémostatique dont jouit cette substance. (Renvoyé à l'examen de M. Oudet.)

Nouvel instrument pour pratiquer la crâniotomie fœtale. — M. Capuron fait, en son nom et au nom de M. P. Dubois, un rapport sur un mémoire contenant la description d'un nouvel instrument propre à pratiquer la crâniotomie térébrante et l'extraction du fœtus, par le docteur Brémont fils, du Pont-Saint-Esprit (Gard). L'instrument dont il s'agit est une espèce de trépan perforatif, semblable à celui qu'avait proposé Dugès, mais auquel l'auteur a fait subir de nombreux perfectionnements. Cet instrument se compose de cinq pièces principales.

1° D'un tube conducteur cylindrique, élargi en haut pour recevoir l'extrémité supérieure du tube perforateur, et même inférieurement d'une vis d'arrêt qui sert à la fixer, quand on veut, sur le triple pas de

vis du perforateur et de trois petites pointes destinées à glisser dans les sinuosités de ce triple pas de vis ;

2° D'un perforateur en fer, également creux et cylindrique, renfermé, d'une part, dans le tube conducteur, et traversant, de l'autre, un manche d'ébène, auquel il est fixé par des vis d'arrêt. L'extrémité supérieure de ce perforateur est renflée et percée de deux ouvertures latérales, parallèles, en forme de carré long et taillées en biseau pour livrer passage à deux ailes transversales. Ce renflement est terminé par une vis perforatrice qui a la pointe trés-aiguë, les pas espacés, les sinuosités profondes et les bords bien tranchants ;

3° D'une tige cylindrique en fer qui entre dans le tube perforateur, munie à sa partie inférieure de quelques pas de vis qui servent à fixer un bouton ; plus haut, de deux petits enfoncements où se logent des vis d'arrêt, et à la partie supérieure d'une goupille, qui fixe deux ailes en acier, courbées, glissant et se développant aisément en dehors, quand on pousse la tige de fer dans le tube perforateur pour joindre à celui-ci un tire-tête ;

4° D'un manche en ébène terminé inférieurement par une espèce de virole où deux ouvertures donnent passage à deux vis, dont l'une se maintient solidement et l'autre s'unit au tube perforateur.

5° D'un bouton vissé à l'extrémité de la tige de fer ;

6° D'un bras de force qui, au moyen d'un anneau brisé, empêche le conducteur de tourner et que l'opérateur confie à un aide, lorsqu'il ne peut, avec la main qui est dans l'utérus, le maintenir lui-même.

Pour monter l'instrument, on introduit la tige en fer dans le tube perforateur qui est introduit à son tour dans le tube conducteur ; puis l'extrémité inférieure du perforateur est emmanchée dans du bois d'ébène et toutes ces pièces sont fixées au moyen de vis d'arrêt. Quand il s'agit de le faire fonctionner, on détermine d'abord l'endroit où il faut l'appliquer ; ensuite l'accoucheur, après avoir introduit la main gauche dans le vagin, saisit de la main droite l'instrument, dont il dirige l'extrémité supérieure jusqu'à la tête de l'enfant, le long de l'indicateur de la première main. Alors le pouce et les trois derniers doigts de celle-ci embrassent le tube conducteur et le tiennent immobile, ou bien l'anneau du bras de force, confié à un aide, remplit le même but. En même temps la main, restée libre, dévisse le perforateur et lui imprime un mouvement de rotation de gauche à droite pour percer le crâne. Quand le tube conducteur est descendu jusqu'au manche, on a la conviction que la vis perforatrice est dans le cerveau. Si la tête du fœtus fuit devant la pointe de l'instrument, on la fixe de la main portée au côté opposé. Quand le perforateur a pénétré dans le cerveau, on dévisse la tige de fer, et on la

pousse au moyen du bouton qui la termine inférieurement pour développer ses deux ailes en acier; puis on la fixe de nouveau en tournant sa vis d'arrêt, et on l'empêche de retomber sur elle-même. Si l'on veut broyer le cerveau, on imprime à tout le système un mouvement de rotation de gauche à droite ; s'il s'agit d'extraire le crâne du fœtus , on tire sur le manche de l'instrument avec la main restée en dehors , pendant qu'on surveille avec l'autre en dedans le jeu du tire-tête. Pour retirer l'instrument, on relâche la vis d'arrêt, on repasse la tige de fer dans le tube perforateur, et celui-ci dans le conducteur. On évite ainsi de blesser la mère.

Un des grands avantages de cet instrument , c'est de pouvoir être appliqué sur toutes les parties du crâne , même sur la voûte palatine , sans fatigue pour l'opérateur, sans danger pour la mère. Il est , ajoute M. le rapporteur , fort ingénieux, et l'auteur en a prouvé l'utilité , les avantages et même la supériorité par des faits et par des exemples qui parlent en sa faveur. En conséquence, la commission propose d'écrire une lettre de remercîment à l'auteur, d'inscrire son nom parmi les aspirants aux places de correspondants et de déposer son mémoire dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées.

Recherches sur les purgatifs. — M. Mialhe lit un travail ayant pour titre : *Recherches théoriques et pratiques sur les purgatifs.*

Ces recherches ont pour but d'éclairer une des questions les plus intéressantes de la thérapeutique, en résolvant une partie des difficultés qui naissent de l'emploi des purgatifs, de leur opportunité dans certains cas, de leur mode d'action, tant physiologique que chimique , des phénomènes consécutifs de leur absorption , enfin , de leur action dynamique.

Dans l'étude de l'action des différents purgatifs , l'auteur se propose d'établir que le plus grand nombre d'entre eux agissent en opérant des combinaisons ou des décompositions chimiques non équivoques. Il pense avoir démontré que les purgatifs agissent en raison de leur solubilité, de leurs propriétés coagulantes ou non coagulantes ; en raison de l'endosmose, de la sapidité, des réactions chimiques secondaires qui ont lieu dans l'économie en présence des acides, des alcalis, des chlorures alcalins, enfin , en raison d'une irritation locale toute mécanique de la part des substances insolubles.

Cette classification permet , suivant M. Mialhe, d'expliquer les préférences accordées par l'expérience à tels ou tels médicaments , pour certaines maladies, et de préciser même l'emploi spécial qu'on devrait en faire, suivant qu'on veut agir sur l'estomac ou sur les intestins. Il distingue les purgatifs en purgatifs généraux et purgatifs spéciaux : les

premiers, dont l'action se fait sentir pendant tout leur trajet dans le tube digestif ; les seconds, dont l'effet se borne à quelque partie limitée de ce même organe.

Voici sur quelle base repose la classification sous laquelle l'auteur range tous les purgatifs qu'il étudie dans ce mémoire ; il distingue, parmi les purgatifs :

1° Les corps solubles et coagulants qui se combinent directement aux tissus et les irritent fortement comme le sublimé corrosif, le nitrate d'argent, l'huile de croton-tiglium ;

2° Les corps solubles et non coagulants, qui agissent autant par endosmose que par sapidité, comme les citrate et sulfate de magnésie, les sulfate et phosphate de soude, le sel de Seignette, la manne ;

3° Les corps solubles et non coagulants, qui n'agissent que par sapidité seule, en stimulant fortement la membrane muqueuse et la faisant sécréter sympathiquement, comme le colchique, la coloquinte ;

4° Les corps naturellement insolubles, mais susceptibles de devenir solubles dans le sein de l'économie, par une réaction chimique quelconque ; qui sont alors absorbés et se comportent comme les classes précédentes, exemple : le calomel, les résines ;

5° Enfin, les corps insolubles qui, ne pouvant être modifiés ni absorbés par les humeurs vitales, n'agissent sur la muqueuse intestinale que par irritation mécanique.

SÉANCE DU 18 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Acclimatement de la population française en Algérie. — M. Boudin lit sous ce titre un travail, dont nous nous bornons aujourd'hui à donner un court résumé, nous réservant d'y revenir plus tard.

Il y a un an, dit l'auteur, un travail publié dans les *Annales d'hygiène publique*, et relatif à la mortalité et à l'acclimatement de la population française en Algérie, me valut l'honneur d'être appelé au sein de la commission de la Chambre des députés, chargée d'examiner le fameux projet de loi des camps agricoles. Loin de moi la prétention de penser que les documents statistiques, soumis à l'appréciation de la Chambre, aient apporté même un grain de sable au rejet de la loi si fortement patronnée. Mais ce qui ne saurait être nié, c'est qu'à dater de cette époque le gouvernement et les Chambres commencèrent enfin à compter avec les faits nombreux qui tendent à infirmer l'ancienne hypothèse de l'acclimatement. Aujourd'hui c'est à un tribunal plus compétent, c'est à l'appréciation de l'Académie nationale de médecine que je viens présenter les documents plus complets.

Depuis 1830, l'Algérie a englouti plus de quatorze cents millions; elle a donné la mort à plus de cent mille de nos soldats. Son budget dépasse

aujourd'hui cent vingt millions ; son armée, parvenue à un effectif de cent mille hommes, éprouve, sous le seul empire du climat, une mortalité annuelle de sept mille combattants ; elle demande chaque année un fils à plus de vingt mille familles. La marche croissante des importations en céréales et en bestiaux atteste l'insuffisance des produits du sol, même pour la seule nourriture de l'armée ; le blé récolté sur place atteint un prix presque double de celui du blé importé d'Odessa. Après dix-huit ans d'efforts inouïs, l'Algérie ne compte pas même dix mille cultivateurs. Partout jusqu'ici la race arabe se montre réfractaire à notre civilisation, réfractaire à la fusion. En résumé, les immenses sacrifices de notre sang et de nos trésors n'ont abouti jusqu'ici en Afrique qu'à une colonisation négative ; sur le continent qu'à une diminution flagrante des forces de notre pays. De tels résultats ont une signification très-grave.

Voici entre autres quelques-uns des faits nouveaux que M. Boudin énonce à l'appui de cette proposition. En examinant la mortalité de la population civile en France, où la population des vieillards est considérable, il trouve un peu moins de vingt-quatre décès sur mille habitants. En Algérie on a compté :

Alger	36,4 décès sur 1,000 habitants.
Mostaganem. . .	37,0
Boufarick. . . .	40,4
Oran	41,5
Ténès	49,6
Birkadem. . . .	50,7
Philippeville. . .	55,3
Kouba	57,6
Cherchel	60,9
Mustapha . . . ,	62,1
Fondonk	65,9
Blidah	66,2

Enfin la mortalité s'est élevée à El-Arouch au chiffre énorme de . , ... 141,4 décès sur 1,000 habitants.

Les faits exposés dans ce travail peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Dépense de 1,500millions ; plus de 100,000 hommes tués par le climat ; budget annuel de plus de 100 millions ; colonisation nulle ; l'arabe réfractaire à la fusion et à notre civilisation ; insuffisance des produits du sol pour la nourriture de la population européenne ; année de travail réduite, par les maladies, à moins de onze mois ; mortalité du soldat, huit fois plus considérable que celle de l'homme du même âge vivant en France dans la vie civile ; mortalité de la population civile européenne double de la mortalité de la population vivant en France, et excédant partout le chiffre des naissances ; accroissement du chiffre

des pertes des Européens sous l'empire de la prolongation du séjour ; tel est, très-succinctement, le résumé des faits officiels, que je prends la liberté de soumettre à l'appréciation de l'Académie.

Étiologie de la tuberculisation — M. le docteur Wanner lit un travail intitulé : *Étiologie de la tuberculisation en général.* Dans un travail publié sur les phénomènes physiques et chimiques de la vie, l'auteur avait déjà émis, il y a dix ans, cette opinion que les principes calcaires sont la principale cause des tubercules pulmonaires. Ayant entendu dire qu'en Sologne il n'y avait pas de phthisiques, M. Wanner, pendant un séjour de quinze mois dans cette contrée, s'est livré à un grand nombre de recherches qui lui ont prouvé, dit-il, que c'était une vérité ; que, dans une certaine partie de cette province, il n'y avait ni phthisiques, ni scrofuleux, ni aucuns enfants affectés de carreau, ni même de calculeux.

Dans cette partie de la Sologne où l'on n'observe point de phthisiques, le sol est entièrement composé de silice et d'alumine juqu'à une profondeur de 80 mètres. La terre végétale dont la couche est très-superficielle et peu profonde ne contient que de la silice, de l'albumine, des détritus de végétaux et dans quelques parties des terres d'alluvion, nulle part il n'y a trace de chaux. Les plantes à chaux y viennent très mal et même pas du tout ; on n'y voit que des plantes à silice, seigle et blé noir et quelques graminées, des prairies, des plantes à potasse et à soude, etc.

De ces divers rapprochements, l'auteur a été amené à conclure que les tubercules sont dus aux principes calcaires qui se trouvent, soit dans les aliments, soit dans les eaux dont on fait usage. Voici, du reste, de quelle manière l'auteur classe les causes qui déterminent la tuberculisation : 1° alimentation contenant des principes calcaires ; 2° certain état du sang, soit que l'individu fût affaibli par toutes sortes de causes, ou bien qu'il ait reçu de ses parents ce funeste héritage ; 3° privation d'exercice ; 4° habitation de lieux humides et défaut d'insolation ; 5° introduction dans les organes pulmonaires de différentes poussières.

La connaissance de ces faits avait conduit l'auteur à essayer l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose dans le traitement de la phthisie ; mais il n'en a obtenu aucun bon résultat. Cette indication ne lui a paru convenir que chez les malades affectés de catarrhe pulmonaire chronique. Enfin l'une des conclusions, auxquelles ces recherches ont conduit, c'est de conseiller le séjour de la Sologne aux personnes atteintes d'une diathèse tuberculeuse peu avancée.

SÉANCE DU 29 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Deux cas de chorée scrofuleuse traitée avec succès par l'iodure de potassium. — M. G. Muller, médecin à Bernwiller (Haut-Rhin),

adresse deux nouvelles observations à l'appui d'un travail sur la chorée, qu'il a communiqué il y a environ un an à l'Académie. Le premier de ces deux cas a rapport à une jeune fille de 12 ans, scrofuleuse, affectée depuis une dixaine de jours de chorée, et qui ne se présenta à lui que lorsqu'elle ne put plus porter la cuiller à la bouche pour manger ni tenir la jambe droite tranquille. Trente jours de traitement et 32 grammes d'iodure de potassium ont fait justice du mal. Dès le huitième jour, elle avait récupéré la faculté ds se servir de son bras pour manger.

Le deuxième cas s'est présenté chez une jeune fille de 10 ans et quelques mois. Dès les premiers jours, les symptômes consistaient en des mouvements involontaires des extrémités gauches, et en des mouvements rapides de la tête vers l'épaule gauche. Cette enfant était également scrofuleuse. La guérison s'est opérée d'nne manière graduelle et sensible dans l'espace de 22 jours, avec 19 grammes d'iodure de potassium.

L'auteur se croit autorisé à conclure de ces observations, qui offrent la plus grande ressemblance avec celles qu'il a consignées dans son précédent travail, que l'iodure de potassium est un remède héroïque dans l'espèce de chorée en question, et qu'il propose d'appeler *chorée scrofuleuse*. (Renvoyé à la commission déjà nommée).

M. Frankenheim adresse le modèle d'un bandage qu'il a inventé contre les pollutions nocturnes, avec prière d'en faire l'objet d'un rapport. (Commiss., MM. Thillaye et Poisseuille.)

Influence du régime pénitentiaire sur la folie. — M. Ferrus donne lecture d'une lettre de M. Bouchet, médecin de l'asile des aliénés de Nantes, relative à la question de l'influence du régime pénitentiaire sur la production de l'aliénation mentale. On se rappelle que M. Collineau a fait récemment, en son nom et au nom de M. Ferrus, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Joret, dont les conclusions s'appliquaient à trente cas d'aliénation mentale, développés dans le pénitentiaire de Vannes, disposé selon la règle d'Auburn. M. Bouchet ayant reçu, en 1845, quinze aliénées condamnées provenant de cette maison, et ayant tout lieu de penser qu'elles figuraient dans les trente cas énoncés, croit devoir soumettre, à cette occasion, à l'Académie ses observations à l'égard de ces aliénées.

Sur ce nombre de quinze, neuf sont sorties actuellement, une est morte, et cinq sont encore dans l'établissement.

Sur les neuf sorties, trois ont été transférées non guéries dans l'asile de leur département, après l'expiration de leur peine. L'une était imbécile et épileptique; une autre était affectée de monomanie ancienne avec des hallucinations de l'ouïe et de la vue; la dernière était affectée de cette espèce de monomanie raisonnante ou instinctive qui, prenant sa

source dans une lésion de la sensibilité, n'affecte pas assez le raisonnement pour faire prononcer le mot de folie, jusqu'à ce que des actes graves viennent la caractériser. Sur les six autres, trois étaient atteintes de monomanie qui paraissait récente, avec hallucination des sens se rapportant à la crainte et à la frayeur ; les trois dernières, dont l'une avait l'intelligence faible, étaient aussi affectées de monomanie raisonnante ou instinctive, existant depuis longtemps, et avant leur condamnation. L'aliénée morte pleurait sans cesse ; elle disait être dans cet état depuis dix ans, bien qu'elle eût été condamnée depuis deux ans seulement. Enfin, sur les cinq non sorties, la première, affectée de monomanie avec hallucination de la vue, était folle trois ou quatre ans avant sa condamnation. La seconde, deux ans avant le vol qui amena sa condamnation, avait été enfermée comme aliénée ; enfin les trois autres étaient plus ou moins atteintes d'une sorte de monomanie instinctive avec faiblesse intellectuelle.

M. Bouchet se demande s'il faut conclure de ces faits que la règle d'Auburn est une cause essentiellement productrice de l'aliénation mentale. La réponse, suivant lui, ne saurait être absolue, car trois cas seulement semblent affirmatifs, et encore sans certitude bien complète. Il pense qu'il faut surtout en conclure, comme M. Lélut et et M. Baillarger l'ont fait observer, que l'aliénation mentale précède souvent le délit entraînant condamnation, et le détermine même le plus ordinairement dans ce cas, sans se montrer à la justice par des signes irrécusables. Son opinion est fondée, en ce qui concerne les faits qui précèdent, sur ce que, dans les quinze cas, il n'y avait pas un seul cas de manie proprement dite, et les renseignements indiquaient le plus ordinairement la préexistence de la folie au délit.

En ce qui concerne la question générale à laquelle se rattache cette discussion, M. Bouchet pense que, sans condamner absolument, soit le système de l'isolement dans la cellule, soit le système du silence absolu dans la vie en commun, et encore moins sans proposer un nouveau système, on peut admettre les principes suivants, qui ont déjà reçu dans la pratique une forte consécration :

Les aliénations mentales intellectuelles subissent généralement une amélioration dans la vie en commun, assujettie à une règle, pendant que les aliénations mentales morales s'exaspèrent sous l'influence des mêmes conditions qui excitent sans cesse la sensibilité en la détournant de ses voies normales ; et alors il se croit aussi fondé, non pas à repousser absolument, mais à prendre en défiance le système d'Auburn, comme moyen correctif et curatif du vice. Il lui semble que le système pensylvanien, sous la condition de quelques relations bien dirigées, serait plus

propre à porter le calme dans ces natures excitables et à les améliorer à la longue.

M. Collineau croit que M. Bouchet ne connaît pas suffisamment les observations de M. Joret. M. Joret a spécifié les cas de manière à ne laisser place à aucune équivoque. D'un autre côté, M. Joret n'a insisté que sur le système d'Auburn, tel qu'il est pratiqué dans la maison de Vannes ; par conséquent les objections adressées au système d'Auburn en général ne s'appliquent pas rigoureusement aux cas que ce médecin a fait connaître. Quant au fond de la question, M. Collineau ne croit pas que l'on soit encore en mesure de la résoudre.

M. Ferrus : J'ai été récemment mis en mesure par le ministre, dans le ressort duquel sont placées les maisons pénitentiaires, d'examiner un grand nombre de rapports adressés par les inspecteurs de ces établissements. Mais je dois dire qu'il m'a été impossible jusqu'à présent d'en tirer la moindre conclusion, d'abord à cause de la difficulté d'obtenir des renseignements suffisants sur les antécédents des malades, et en second lieu à cause aussi du défaut de concordance entre les diverses dénominations affectées par les médecins rapporteurs aux divers genres de folie. Cette question devra, du reste, être prochainement remise à l'ordre du jour, l'administration se proposant d'apporter au régime pénitentiaire d'importantes réformes, dont quelques-unes ont déjà reçu un commencement d'exécution.

Sur la proposition de plusieurs membres auquels se joint M. Ferrus lui-même, la lettre de M. Bouchet est renvoyée à la commission déjà chargée de l'examen de cette question.

De la congestion cérébrale considérée dans ses rapports avec l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau. — M. Durand-Fardel lit sous ce titre un travail qu'il résume en ces termes :

La congestion cérébrale se termine presque toujours d'une des trois manières suivantes :

Ou elle se dissipe spontanément ou par l'entremise d'un traitement efficace ;

Ou elle aboutit à une hémorrhagie encéphalique, ou elle aboutit à un ramollissement.

L'état des parois des vaisseaux cérébraux, l'existence d'une altération partielle de la pulpe nerveuse, consistant en une sorte de raréfaction de tissu, la présence de lésions antérieures de la substance cérébrale, telles que kystes, cicatrices, etc., peuvent sans doute exercer quelque influence relativement à telle ou telle issue de la congestion cérébrale.

On peut établir d'une manière générale que l'âge avancé de la vie, en concentrant toute l'activité physiologique de l'économie vers le cerveau, comme vers la poitrine, constitue une des prédispositions les plus

puissantes aux fluxions sanguines, aux hémorrhagies et aux inflammations (ramollissement) de l'encéphale, comme on le voit, d'un autre côté, prédisposer également aux hypérémies et aux phlegmasies des organes pulmonaires.

S'il est vrai que la congestion cérébrale joue le principal rôle dans la préparation et la production des deux affections du cerveau les plus graves et les plus communes, le ramollissement et l'hémorrhagie, il en résulte des indications positives touchant l'époque où l'art peut avoir le plus de prise sur ces affections redoutables et touchant la nature des moyens hygiéniques et thérapeutiques qui peuvent leur être opposés.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Baillarger, Rochoux, Martin-Solon, la séance est levée à cinq heures moins un quart.

SÉANCE DU 2 MAI.

Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de l'aliénation mentale.—M. Belhomme lit, sous ce titre, un travail qu'il résume en disant :

Qu'une des causes morales qui influent sur le développement de l'aliénation mentale est sans contredit la pertubation qui naît des révolutions ;

Que la folie frappe le plus souvent des individus prédisposés ;

Que sa forme est aiguë et par conséquent plus susceptible de guérison ;

Que le traitement qui réussit le mieux est le traitement sédatif et particulièrement les bains prolongés avec affusions froides sur le sommet de la tête ;

Que les dérivatifs sur le canal intestinal et sur la peau terminent heureusement les accès ;

Enfin que le traitement moral bien ordonné favorise la guérison.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Ferrus, Falret et Guéneau de Mussy.)

SÉANCE DU 9 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Proposition d'enquête sur le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Martin-Solon lit un rapport sur la proposition présentée à l'Académie par M. Bouillaud, de faire une enquête clinique pour déterminer la médication que l'on doit préférer dans le traitement de la fièvre typhoïde.

L'auteur de la proposition demandait que, l'agrément de l'administration supérieure obtenu, l'on plaçât dans une salle désignée un nombre suffisant de malades atteints de fièvre typhoïde ; que l'on soumît un

nombre égal d'entre eux aux diverses méthodes curatives qui se disputent la préférence, et qu'une commission, prise dans le sein de l'Académie, suivît ces traitements et fît un rapport comparatif de leur efficacité. Une commission fut nommée pour examiner la proposition et faire à l'Académie un rapport sur les avantages et les inconvénients qu'elle présente. C'est au nom de cette commission, composée de MM. Gaultier de Claubry, Guéneau de Mussy, Bricheteau, Roche et Martin-Solon, que le rapporteur vient actuellement faire part à l'Académie du résultat de ses délibérations.

La commission, frappée des nombreux inconvénients qu'il pourrait y avoir à grouper dans une même salle un certain nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde, et des difficultés que présenterait un système différent qui obligerait les membres d'une commission à se diviser en différentes sections, a été d'avis de ne pas adopter le mode d'exécution de la proposition ; mais d'un autre côté, convaincue, avec M. Bouilllaud, de l'utilité dont pourrait être l'enquête, elle s'empresse d'en adopter le principe ; et le rapporteur émet, en son nom, l'avis qu'il est utile de rechercher la méthode curative la plus sûre de la fièvre typhoïde, et que, pour arriver à ce but, il suffira que l'Académie fasse un appel au zèle de tous les médecins laborieux, pour qu'ils veuillent bien coopérer à cette œuvre si importante et si désirable.

M. le rapporteur, après avoir indiqué comment pourrait s'exécuter ce grand travail, termine son rapport en proposant pour conclusions :

1° D'adresser d'honorables remercîments à M. Bouillaud, qui, dans son zèle actif et constant pour la science, a présenté la proposition d'enquête médicale en question ;

2° D'adopter le principe de la proposition qui a été soumise à l'Académie de faire une enquête clinique pour déterminer quelle est parmi les méthodes de traitement qu'on oppose à la fièvre typhoïde celle qui semble avoir le plus de succès, et qui, sous ce rapport comme sous d'autres moins importants, tels que les développements de la durée de la maladie, etc., mérite la préférence ;

2° De modifier le mode d'exécution de l'enquête, et de proposer, à l'aide de la presse et des autorités compétentes, à tous les médecins laborieux qui voudront coopérer à ce travail, de vouloir bien adresser leurs mémoires et observations à l'Académie ;

4° D'engager les médecins, pour rendre ces travaux comparables, à avoir égard aux notions générales émises dans ce rapport, notions qui ont surtout pour but : 1° de rappeler les caractères essentiels de la fièvre typhoïde ; 2° de mettre en évidence la nécessité d'en tenir compte dans les observations, afin d'empêcher de confondre la fièvre typhoïde avec les maladies qui ont quelque rapport avec elle ; 3° de noter les dif-

férentes circonstances de formes, d'origine, de complication, de marche et de durée de la maladie, afin que les observations complètent d'une manière satisfaisante plusieurs points obscurs dans son histoire ; 4° d'exposer avec les détails convenables le traitement prescrit à chaque malade pour que l'on en puisse connaître les effets, apprécier la valeur et juger comparativement l'utilité ;

5° De décider que l'Académie cessera d'admettre les travaux à dater du 1er juillet 1851 ; que les mémoires remis seront tous annoncés, et, selon leur importance, analysés dans le *Bulletin* ;

6° De prier le conseil d'administration de disposer de fonds d'une importance convenable pour récompenser honorablement les travaux qui auront le mieux répondu à l'appel de l'Académie ;

7° De nommer une commission chargée de recevoir les observations et les mémoires, de les apprécier et d'en tirer, s'il y a lieu, des conséquences en rapport avec le but d'enquête clinique qui aura été établie. (Adopté.)

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

26. *Observation d'hémorrhagie de la protubérance cérébrale avec ramollissement*; par le docteur W.-B. Herapath.

(The Lancet.)

Un peintre, âgé de 46 ans, autrefois adonné aux boissons fortes, éprouva, au moment où il se baissait, des crampes dans les extrémités, et tomba aussitôt sans connaissance. Respiration stertoreuse ; face gonflée et livide ; conjonctives fortemeut injectées ; pupilles contractées ; pouls dur et plein, à 80 ; immobilité complète ; paralysie des paupières ; face insensible aux stimulants. Une saignée qui lui fut pratiquée augmenta notablement la gêne de la respiration, qui s'opéra bientôt par les muscles inspirateurs supplémentaires. La mort eut lieu dans un état asphyxique, quatre heures et demie après l'événement. — *Autopsie*. Adhérences anciennes de l'arachnoïde ; protubérance cérébrale presque doublée de volume, molle et pulpeuse, donnant sous le doigt la sensation d'un sac distendu par un liquide ; sa surface basilaire était tapissée par une couche molle de substance cérébrale ramollie ; il est vrai que les pédoncules cérébraux avaient perdu

entièrement leur consistance. Quant à la protubérance, elle était creusée d'une cavité renfermant du sang coagulé et de la substance cérébrale ramollie; les fibres transversales avaien tété respectées; les fibres médullaires étaient détruites, à l'exception d'une petite portion de la colonne droite supérieure. La cavité arachnoïdienne médullaire était remplie d'un liquide contenant du détritus cérébral. Le ventricule latéral gauche renfermait plusieurs petits caillots sanguins et environ une demi-once de sérosité sanguinolente : le sang avait pénétré par la destruction du grand pied d'Hippocampe. Un peu de sérosité dans le ventricule latéral droit; la face interne des deux couches optiques teinte de sang; la moelle allongée et les ventricules, ainsi que le reste du cerveau, étaient intacts.

Cette observation soulève plusieurs questions, relativement au ramollissement et à la nature des symptômes qui ont trahi l'existence d'une affection aussi grave. Il est difficile de savoir au juste si le ramollissement a précédé ou non l'hémorrhagie. La première opinion paraît cependant la plus probable. On s'étonne d'un autre côté qu'en présence de désordres aussi étendus la vie ait pu se prolonger quelques heures; enfin on s'explique difficilement et les contractions irrégulières des muscles pectoraux, et la contraction des pupilles.

---

27. *Observation chez un homme affecté de cancer du pénis et du cœur*; par le docteur **Francis**.

(London medical Gazette.)

Un homme de 50 ans, qui n'avait jamais eu d'affection syphilitique, fut pris, dix-huit mois avant sa mort, d'un gonflement douloureux et de dureté vers le gland. Bientôt une tumeur fongueuse s'échappa de dessous le prépuce et acquit le volume du poing : cette tumeur ressemblait à un chou-fleur; elle n'était que peu douloureuse et fournissait, de temps en temps, une assez grande quantité de sang. Après sa mort, indépendamment de cette tumeur, qui était formée de tissu encéphaloïde, on trouva une dégénérescence cancéreuse des ganglions inguinaux du côté droit, et dans l'intérieur du ventricule gauche du cœur, près de la pointe, une tumeur grosse comme une noix, qui était très-probablement située au-dessous de l'endocarde, et qui adhérait aux parois musculaires du ventricule dans lequel elle s'enfonçait. Cette tumeur était à peu près lisse, sauf quelques petites saillies arrondies; coupée, on y découvrait plusieurs lignes transparentes suivant un trajet plus ou moins sinueux, et qui la divisaient en autant de segments; la substance intermédiaire était

jaunâtre, sèche, grumeleuse ; elle ressemblait, jusqu'à un certain point, à la coupe d'une pomme de terre farineuse, seulement elle était un peu plus consistante.

---

28. *Observation de maladie et de rupture de la valvule mitrale ;* par le docteur WILLIAMS.

(London medical Gazette.)

Un agent de police, âgé de 27 ans, adonné aux boissons spiritueuses, avait vu ses forces décliner depuis deux ans, et depuis trois mois, il éprouvait de la gêne dans la respiration. Il rapportait que, quelques semaines auparavant, il avait senti tout d'un coup, en montant les escaliers, une douleur vive à l'épigastre, qui s'étendait jusque sur les lombes, et qui avait été soulagée par une application de sangsues. Depuis quelques jours, les jambes étaient enflées. Cet homme présentait tout l'aspect de la néphrite albumineuse; les urines étaient rares, sanguinolentes, fortement chargées d'albumine, et avec excès d'urée; la région des reins était extrêmement sensible à la pression. Il y avait des signes d'hypertrophie du cœur, et un murmure systolique au-dessous de la mamelle gauche. Le foie et la rate paraissaient volumineux; il y avait de la diarrhée. Le malade s'éteignit quelques jours après.

Autopsie. — Les poumons étaient fortement congestionnés et ramollis; le poumon gauche était le siége d'un noyau volumineux d'apoplexie pulmonaire. Le ventricule droit dilaté. La valvule mitrale très-malade; ses deux segments fortement épaissis, en partie ossifiés, et couverts de végétations. Les cordons tendineux du segment antérieur étaient presque tous rompus, et leurs fragments tapissés de végétations molles, excepté un de ces cordons, qui était lisse comme une balle d'ivoire. Le segment postérieur était ossifié, et ses cordons tendineux soudés les uns aux autres. Aorte petite, parsemée de plaques athéromateuses. Les reins augmentés de volume et congestionnés.

---

29. *Observation de cancer de l'œsophage communiquant avec l'aorte*; par le professeur PFEUFER, d'Heidelberg.

(Zeitschrift für Rationelle Medicin.)

Un homme de 42 ans fut pris, dans le cours de l'été de 1840, de gêne dans la déglutition. Peu à peu cette gêne augmenta. Lorsqu'il entra à l'hôpital de Zurich, le 15 juin 1841, la déglutition des solides était à peu près impossible depuis quelques semaines. Ces aliments s'arrêtaient à un point que le malade désignait au niveau du cartilage xyphoïde ; les liquides seuls passaient,

quoique en petite quantité ; il y avait une douleur brûlante un peu au-dessus de l'épigastre. La sonde œsophagienne, introduite trois fois de suite, ne put jamais pénétrer dans l'estomac, et occasionna toujours de violentes douleurs : la dernière introduction avait eu lieu le 26 janvier. Le lendemain matin, le malade vomit tout d'un coup environ 3 livres de sang artériel écumeux ; nouveau vomissement à cinq heures du soir ; la mort eut lieu une heure après. A l'*autopsie*, on reconnut une ulcération carcinomateuse de l'œsophage, grande comme une pièce de 5 francs, à peu près au niveau de la bifurcation de la trachée, et communiquant avec l'aorte et avec la trachée : avec la première, par une ouverture d'un pouce et demi de diamètre à bords irréguliers, et avec la seconde, par une ouverture moitié moins large.

Il est une circonstance de cette observation qui aura frappé nos lecteurs, c'est la difficulté du diagnostic, qui devait faire hésiter entre un cancer de l'œsophage ou un anévrysme de l'aorte. L'hémorrhagie artérielle, qui a eu lieu dans les derniers temps de la vie, venait jusqu'à un certain point à l'appui de la seconde hypothèse. Enfin rien ne montre mieux que le fait précédent le danger de l'introduction des sondes dans l'œsophage, lorsque ce conduit est profondément altéré dans une certaine partie de son étendue.

---

30. *Observation de cancer du médiastin avec oblitération de la veine cave supérieure et diathèse cancéreuse;* par le docteur J.-H. Little.

(The Lancet.)

Le 11 mars 1847, une femme de 34 ans, vint consulter l'auteur pour une gêne qu'elle éprouvait dans la respiration. Huit mois auparavant, elle avait eu des douleurs gravatives et parfois lancinantes dans la région lombaire; quatre mois plus tard, des douleurs avec engourdissement dans l'aine et dans la partie interne des cuisses. Presque à la même époque, la face gonfla subitement. Les symptômes qu'elle présentait indiquaient évidemment une oblitération de la veine cave supérieure ; l'extrémité du nez, les lèvres et les oreilles, étaient pourpres et froides ; la langue brunâtre; la face et le cou gonflés; les veines de la face et de la partie supérieure du thorax turgescentes, ainsi que les veines des extrémités supérieures; pas d'œdème, mais une tuméfaction considérable de la base et des parties latérales du cou et de la poitrine, qui paraissait due à la dilatation variqueuse des veines sous-cutanées, et qui donnait, au toucher, la sensa-

tion de nombreux petits cordons durs; dyspnée, toux, expectoration copieuse, séreuse, opaque, et légèrement écumeuse; le côté droit de la poitrine complétement mat, de la clavicule jusqu'à la cinquième côte, et la matité s'étendant au delà de la ligne médiane, sous la partie supérieure du sternum; on la retrouvait en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate; absence complète du bruit respiratoire; brochophonie; souffle tubaire; toux bronchique. Mêmes phénomènes en arrière. Ces accidents continuèrent, en augmentant d'intensité, jusqu'au 17 avril, époque à laquelle la malade succomba subitement. Huit jours avant sa mort, on avait constaté une voussure considérable de la mamelle droite, et une tumeur vers la fosse iliaque du même côté. A l'*autopsie*, on découvrit une volumineuse tumeur cancéreuse, qui occupait la partie antérieure et le côté droit de la cavité thoracique, adhérait au poumon correspondaut, dans lequel elle envoyait de nombreux prolongements, et qui était refoulé sur le côté droit de la tumeur; les veines innominées la parcouraient dant tous leur trajet; en introduisant des stylets courbes dans chacune de ces veines, on arriva dans la veine cave, qui était complétemnt oblitérée, et dont les parois étaient complétement dégénérées. Pour pénétrer dans l'oreillette droite, il fallait traverser de la matière encéphaloïde, qui remplissait, du reste, cette cavité. Le péricarde, enveloppé de toutes parts par la tumeur, était dégénéré vers la base du cœur; l'aorte et l'artère pulmonaire étaient intactes, quoique rétrécies; il en était de même des artères innominée, sous-clavière et carotide gauches. La tumeur qui pénétrait dans l'oreillette droite avait la forme d'un chou-fleur, et présentait encore la trace du canal par lequel le sang avait dû passer, lorsque la veine cave n'était pas encore oblitérée; plusieurs masses cancéreuses dans l'ovaire, les ganglions mésentériques et le canal vertébral.

Il existe dans la science un certain nombre de cas de ce genre, avec pénétration de la matière encéphaloïde dans la veine cave supérieure. L'œdème des parties supérieures du tronc, qui en est la conséquence, est un signe diagnostic qui n'est pas sans valeur; car il est beaucoup plus rare dans le cas d'anévrysme de l'aorte.

---

31. *Observation de cancer du rein chez un enfant;* par le docteur Obre.

(London medical Gazette.)

Chez un enfant, qui mourut à l'âge de 13 mois, après avoir présenté, depuis l'âge de 8 mois, une tumeur dans la région

lombaire gauche, tumeur qui acquit, en quelques jours, le volume d'un petit melon, et une autre tumeur, dans la région hépatique, qui n'avait pas tardé de se réunir à la première, on trouva les intestins déplacés par deux énormes tumeurs globuleuses, qui remplissaient les deux côtés de l'abdomen. Ces deux tumeurs n'étaient autres que les reins, convertis en tissu cancéreux. Le rein droit pesait 2 livres 12 onces ; le gauche, 2 livres 4 onces. Lisses à leur surface, ils étaient transformés, à l'intérieur, en substance cérébriforme; on ne pouvait plus y distinguer aucune trace de tissu primitif; les calices et les bassinets n'étaient pas même reconnaissables; le rein gauche était lobulé comme dans l'état fœtal. La vessie contenait un peu de liquide renfermant de grandes quantités de matières alcalines. Les autres organes ne furent pas examinés.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir ce que cette observation présente d'étrange. Le cancer du rein est en général une maladie de l'âge mûr, et on le voit ici affectant un enfant de 15 mois; d'un autre côté, on n'a noté chez cet enfant aucun des signes qui appartiennent à cette affection, l'hématurie, par exemple.

---

32. *Observation d'étranglement intestinal causé par la présence d'une rate supplémentaire dans le grand épiploon* ; par le docteur W.-H. Bainbrigge.

(London medical Gazette.)

Le 5 mai 1845, on apporta à l'hôpital du Nord un groom âgé de 53 ans, qui, dans une chute de cheval, s'était fracturé la cuisse. La fracture était simple, et pendant deux ou trois jours, il alla fort bien, lorsqu'il commença à accuser de la douleur dans le dos. Dans la soirée, l'abdomen se tuméfia, sans que le malade y sentît cependant de la douleur. Ce malade n'étant pas allé à la garderobe depuis son accident, on lui donna un lavement purgatif ; mais ce lavement ne fut suivi d'aucune évacuation. Le lendemain, il survint des vomissements et du hoquet, les traits étaient un peu altérés ; cependant il n'y avait ni douleur ni sensibilité dans l'abdomen. Un nouveau lavement purgatif, et du calomel donné par la bouche, ne purent déterminer aucune évacuation. Le malade raconta qu'il avait éprouvé des accidents analogues, quelques années auparavant, à la suite d'une blessure qui l'avait forcé à rester couché sur le dos, pendant cinq ou six jours. Les accidents d'étranglement persistèrent, malgré tous les traitements employés, et quoiqu'on eût réussi, dans les derniers temps, à obtenir des évacuations alvines liquides assez abon-

dantes; il succomba le 12 mai. A l'*autopsie*, on trouva les intestins généralement distendus, sans trace de péritonite. En refoulant les petits intestins vers un côté, on aperçut une tumeur, du volume d'un œuf de canard, couchée dans le bassin, et en rapport avec le grand épiploon, qu'elle avait entraîné en bas, et converti en une espèce de cordon. Ce cordon passait au devant du gros intestin, dans le voisinage du rectum, et le comprimait contre la partie postérieure du détroit supérieur. Lorsque le malade était couché sur le dos, la tumeur descendait nécessairement dans la cavité du bassin, et déterminait, par la présence de la corde épiploïque, une pression qui devait comprimer l'intestin, et empêcher ses fonctions. Cette tumeur n'était autre qu'une *rate supplémentaire*, renfermée dans les feuillets de l'épiploon, et recevant le sang d'une des divisions de l'artère splénique, qui se divisait en deux branches, une pour chaque rate. Examinée au microscope, cette rate supplémentaire offrait tous les caractères d'une rate ordinaire : la structure fibreuse, les corps de Malpighi, les granulations, enfin l'absence complète de cellules.

Au point de vue pathologique, cette observation ne présente qu'un intérêt médiocre, puisqu'il n'était pas possible de reconnaître que les accidents étaient dus à la position occupée par le malade, et à la présence d'une rate supplémentaire. Il y a cependant quelque chose de singulier dans ce fait, c'est qu'un simple changement de position, que le malade eût pu exécuter lui-même instinctivement, aurait fait disparaître l'obstacle mécanique et sauvé ses jours. Au point de vue physiologique, cette observation est, au contraire, fort intéressante; car elle vient ajouter aux rares exemples de rate supplémentaire, qui existent déjà dans la science, un nouveau fait de ce genre d'autant plus curieux, que cette rate ne se trouvait ni dans la scissure, ni dans l'épiploon gastro-splénique, mais bien dans le grand épiploon.

---

33. *Observation d'étranglement intestinal causé par le déplacement de la rate et du pancréas*; par le docteur E. Alonso.

(Archivo de la medicina espanola y extrangera.)

Une femme de 35 ans, qui avait été opérée de deux fistules à l'anus, fut prise au treizième jour de l'opération, et sans cause connue, de douleurs dans le ventre, de vomissements fréquents et bilieux avec soif intense; langue rouge et sèche; urines rares; pouls concentré et rapide; constipation. Sous l'influence d'un traitement énergique, ces symptômes disparurent au bout de quatre jours; mais ils se reproduisirent six jours après, plus graves et plus intenses que par le passé : le ventre se météorisa;

les anses intestinales devinrent apparentes à travers ces parois, et l'on remarqua, dans la région iliaque droite, une tumeur dure, de 3 pouces de diamètre ; le huitième jour de cette récidive, la malade fut prise de vomissements stercoraux, et quarante-huit heures après, elle succomba.

Autopsie. — Le péritoine était enflammé ; les anses intestinales dilatées adhéraient entre elles et aux parois abdominales. Il existait dans la fosse iliaque droite une tumeur qui était recouverte par le grand épiploon ; en incisant ce repli membraneux, on pénétra dans une cavité où se trouvait du sang fluide, qui s'écoula aussitôt ; une masse consistante, et d'un rouge obscur, restait adhérente aux parois de cette cavité ; c'était la rate hypertrophiée, ramollie, qui était baignée de sang, et adhérait, dans les deux tiers de sa surface, aux organes voisins. Une sorte de kyste lui était formé en avant par le grand épiploon, en arrière et latéralement par le grand intestin grêle, dont les anses adhéraient entre elles ; la rate, unie par de fortes adhérences à la queue du pancréas, tirait violemment sur ce viscère, lequel, devenu vertical, et passant au-dessus du colon tranverse, comprimait et étranglait cet intestin, près de sa jonction avec le colon descendant.

---

34. *Ulcérations de la vésicule biliaire*, observées par le docteur Jenner.

(London medical Gazette.)

Une dame, de 63 ans, avait été prise, six ou sept ans auparavant, d'accidents aigus, qu'on avait pris pour une hépatite, et traités comme tels. Depuis cette époque, elle était restée dans un état de santé peu satisfaisant, éprouvant de temps en temps de la diarrhée, de légères douleurs dans le ventre, et un sentiment de distension après le repas. Douze jours avant sa mort, il survint de nouveaux accidents aigus ; une douleur vive à la région hépatique, de violents vomissements, du refroidissement des extrémités, de la fréquence et de la petitesse du pouls, de la constipation. En même temps il se forma une tumeur circonscrite au-dessous des cartilages des fausses côtes, près de l'ombilic, dans l'endroit occupé par la vésicule biliaire ; plus tard, il survint une diarrhée bilieuse, des vomissements verdâtres et des selles sanguinolentes ; la mort eut lieu dans le coma. L'*autopsie* montra un état de congestion considérable de la muqueuse de l'estomac, du cœcum, du colon, et de la partie inférieure de l'intestin grêle ; quelques caillots de sang dans le cœcum. Le foie petit, et fournissant à la coupe un liquide épais, rougeâtre, comme purulent, qui pa-

raissait s'échapper des divisions de la veine porte. Cette veine contenait un caillot noirâtre, qui se portait dans les plus petites branches, et qui adhérait à la membrane interne du vaisseau. La vésicule biliaire avait des parois fortement épaissies, et la membrane muqueuse offrait plusieurs petites ulcérations arrondies, et çà et là des dépôts de lymphe plastique.

---

35. *Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille* ; par le docteur WILDE, chirurgien de l'hôpital Saint-Marc, à Dublin.
(Dublin quarterly Journal of Med.)

M. Wilde a rassemblé dans un tableau général le relevé de toutes les maladies de l'oreille qu'il a eu à traiter, depuis trois ans, à l'hôpital Saint-Marc, au nombre de 708. Bien que ces recherches statistiques ne soient pas complètes, en ce que l'auteur n'a pas fait connaître les résultats du traitement, les causes des maladies, etc., elles n'en offrent pas moins un véritable intérêt, et pourront servir avec avantage pour contrôler les statistiques futures ou celles déjà publiées.

Sur les 708 malades affectés de maladies de l'oreille, on compte 47 cas d'otite : 39 cas de myringite aiguë ou inflammation de la membrane du tympan ; 82 cas de myringite chronique ; 2 cas d'abcès de la membrane du tympan ; 5 cas de granulations de la membrane du tympan ; 10 cas d'affaissement de la même membrane ; 185 cas d'otorrhée ; 24 cas d'otorrhée avec polypes ; 4 cas d'otorrhée avec perforation ; 94 cas de surdité nerveuse ; 14 cas de tintouin ; 4 cas d'otalgie ; 1 cas d'hémorrhagie par l'oreille ; 161 cas de surdité produite par l'accumulation du cérumen ; 13 cas d'inflammation chronique du méat auditif externe ; 1 cas de contraction et d'ulcération du même conduit, 15 cas d'eczéma du pavillon et du méat ; 1 cas de vice de conformation ; 6 cas de surdité par maladie de la gorge.

Ces 708 cas de maladie de l'oreille se répartissent, suivant les *âges*, de la manière suivante : au-dessous de 5 ans, 36 dont 4 otites ; 2 myringites aiguës, 1 chronique ; 21 otorrhées ; 1 surdité nerveuse ; 3 surdités par accumulation du cérumen ; 4 eczéma du pavillon et du méat.—De 6 à 15 ans, 167, dont 12 otites ; 9 myringites aiguës ; 14 myringites chroniques ; 1 abcès de la membrane du tympan ; 2 affaissements de la membrane du tympan ; 77 otorrhées ; 12 ortorrhées avec polypes ; 1 orthorrée avec perforation ; 13 surdités nerveuses ; 16 surdités par accumulation du cérumen ; 3 inflammations chroniques du méat auditif externe ; 1 cas de contraction et d'ulcération du même conduit ; 3 eczéma du pavillon et du méat auditif ; 3 surdités par

maladies de la gorge.—De 16 à 30 ans, 220, dont 14 otites ; 19 myringites aiguës ; 30 myringites chroniques ; 2 cas de granulations de la membrane du tympan ; 2 cas d'affaissement de la même membrane ; 79 cas d'orthorrée, dont 68 d'otorrhée simple, 9 d'otorrhée avec polypes, 2 d'otorrhée avec perforation ; 25 cas de surdité nerveuse ; 8 cas de tintouin ; 2 d'otalgie ; 1 d'hémorrhagie par l'oreille ; 26 de surdité par accumulation de cérumen ; 7 d'inflammation chronique du méat auditif externe ; 3 d'eczéma du pavillon et du méat ; 1 de vice de conformation ; 1 de surdité par maladie de la gorge. — A 31 ans et au-dessus, 17 otites ; 9 myringites aiguës ; 37 myringites chroniques ; 1 abcès de la membrane du tympan ; 3 cas de granulation de la même membrane ; 6 de collapsus de cette membrane ; 23 d'otorrhée, dont 19 simples, 3 avec polypes, 1 avec perforation ; 55 surdités nerveuses ; 6 tintouins ; 2 otalgies ; 116 surdités par accumulation de cérumen ; 3 inflammations chroniques du méat auditif externe ; 5 eczéma du pavillon et du méat ; 2 surdités par maladies de la gorge.

Sur les 708 cas de maladies de l'oreille, on compte 381 cas chez les hommes, et 327 chez les femmes, se repartissant ainsi qu'il suit : otites, 29 (hommes), 18 (femmes) ; myringites aiguës, 18 (hommes), 21 (femmes) ; myringites chroniques, 48 (hommes), 39 (femmes) ; abcès de la membrane du tympan, 2 (hommes) : granulations de cette membrane, 3 (hommes) 2 femmes) ; affaissement de cette membrane, 3 (hommes), 7 (femmes) ; otorrhée, 93 (hommes), 92 (femmes) ; otorrhée avec polypes, 15 (hommes), 9 (femmes) ; otorrhée avec perforation, 2 (hommes), 2 (femmes), surdité nerveuse, 54 (hommes), 40 (femmes) ; tintouin, 3 (hommes), 11 (femmes) ; otalgie, 2 (hommes), 2 (femmes) ; hémorrhagie par l'oreille, 1 (homme) ; surdité par accumulation de cérumen, 96 (hommes), 65 (femmes) ; inflammation chronique du méat auditif externe, 6 (hommes), 7 (femmes) ; contraction avec ulcérations de ce conduit, 1 (homme) ; eczéma du pavillon et du méat, 6 (hommes), 9 (femmes) ; vice de conformation, 1 (homme) ; surdité par maladie de la gorge 3 (hommes), 3 (femmes).

---

36. *Affections inflammatoires de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne* ; par M. Wilde.

(The Dublin Quarterly Journal.)

Quoique ces recherches ne présentent pas l'attrait d'une monographie portant sur un point spécial de la science, il n'y aura pas pour cela moins de profit pour nos lecteurs de connaître les

opinions d'un des médecins auristes les plus renommés de la Grande-Bretagne ; ils trouveront sans doute quelque intérêt à les comparer avec celles de Kramer, dont nous avons récemment donné l'analyse. Nous ne reproduirons d'ailleurs ici que les passages les plus saillants de ce mémoire, qui comprend, dans une série d'articles à paraître successivement, la presque totalité de l'otologie.

Au sujet de l'exploration du conduit auditif et de la membrane tympanique, il est deux pratiques dont M. Wilde condamne avec force la banale application qu'en font tous les médecins, souvent sans nécessité et jamais sans danger. Je veux parler de l'injection dans le conduit et de l'emploi de la sonde pour reconnaître l'état du tympan. A peine a-t-on regardé, parfois à l'œil nu et même à un jour peu intense, le conduit auditif d'un malade qui se plaint de surdité ou de douleur d'oreille, qu'on lui injecte immédiatement de l'eau chaude dans ce canal ; et comme il n'en résulte aucune lumière, on prononce qu'il n'y a pas d'accumulation de cérumen. Mais il est évident qu'il en existe peut-être sans qu'il ait été entraîné à l'extérieur par cette manœuvre imparfaite ; il arrivera aussi qu'elle amènera une inflammation à sa suite, lors même que les parties auraient été précédemment saines.

Il n'est pas moins irrationnel de porter à tout hasard, comme on le fait si fréquemment, une sonde ou un stylet pour constater si la membrane du tympan est perforée. Cet examen, effectué sans que la membrane soit mise en vue au moyen du spéculum, est ordinairement sans résultat et ne peut qu'ajouter une nouvelle cause de désordres à celles déjà existantes.

L'inflammation aiguë de la membrane du tympan ne se borne pas ordinairement à ce siége exclusif ; le conduit auditif et l'oreille externe y participent en général ; de même, il n'est pas douteux qu'elle n'envahisse tôt ou tard la cavité de l'oreille moyenne et la membrane qui la tapisse. Un exemple s'offre naturellement ici : nous appelons iritis cette forme d'ophthalmie interne qui attaque premièrement ou principalement l'iris, quoique dans la plupart des cas, sinon dans tous, les autres tissus de l'œil deviennent eux-mêmes le siége de la phlegmasie. Eh bien ! une observation identique est aussi justement applicable à ce qui est de la *myringite* (nom que l'auteur donne à l'inflammation de la membrane tympanique) ; car elle se complique habituellement des lésions de la muqueuse du tympan, des nerfs nombreux qui sont destinés à ses parois ou qui traversent sa cavité, des cellules mastoïdiennes, de la trompe d'Eustachi, des membranes

de la fenêtre ronde et de la fenêtre ovale, des muscles et des ligaments des osselets, du labyrinthe de l'oreille interne et du nerf auditif lui-même.—Il faut même considérer que l'inflammation a plus de gravité ici que dans l'œil; car là elle se borne, au pis aller, à détruire l'organe, tandis qu'elle peut, en s'étendant de l'oreille interne aux membranes du cerveau et à l'encéphale, mettre l'existence en péril.

Il existe parmi les gens de l'art comme chez les malades un singulier préjugé, c'est que le mal d'oreilles est une affection névralgique. Cette erreur explique les méprises de diagnostic qu'on commet journellement, ainsi que l'emploi topique des drogues les plus diverses et les moins capables d'apaiser l'inflammation. Je ne puis rappeler un seul cas d'otalgie dite nerveuse, où l'exploration directe faite soigneusement ne m'ait pas démontré la présence d'une lésion visible.

Quant aux altérations matérielles dont on peut reconnaître la trace à l'autopsie, il est remarquable que la partie de la membrane tympanique qui avoisine l'insertion de la tête du marteau est celle où la vascularité augmente la première, d'où elle s'évanouit la dernière (dans le cas de résolution) et où la coloration rouge est toujours le plus prononcée. Cependant la ligne qui est en rapport avec cet osselet reste pendant longtemps blanche, à cause de l'intime connexion de la membrane avec lui dans ce point. Vers la circonférence du tympan, et surtout à sa partie antérieure et inférieure, une aréole de vaisseux courts forme un cercle de près d'une ligne de largeur; ils se dirigent vers le centre, et rappellent, quand ils sont bien marqués, le cercle vasculaire qu'on observe dans l'iritis ou mieux lors de l'inflammation commençante de la cornée. Mais on ne constate guère cet état que durant la première période de la phlegmasie, ou quand la rougeur est en voie de résolution.

Un effet ordinaire de l'inflammation du tympan et de ses membranes, principalement quand on lui a laissé suivre son libre cours, est de tirer en dedans la membrane tympanique. Dans ces cas, le manche du marteau est le point le plus saillant que l'on puisse découvrir au fond du conduit auditif; et l'on voit distinctement la partie antérieure et postérieure de la membrane, formant profondément des plis recourbés sur chaque côté de ce manche. On peut la faire bomber en dehors en soufflant de l'air par la trompe d'Eustachi, mais elle reprend sa première position aussitôt qu'on a supprimé cette cause de pression.—Toutefois il faut, pour être bien fixé sur la véritable valeur de ce signe, savoir et se rappeler que cette situation est celle que la mem-

brane tympanique occupe ordinairement sur le cadavre, même chez les sujets qui n'ont jamais eu de maladie de l'oreille.

C'est surtout à l'occasion du traitement, et particulièrement des émissions sanguines, que nous allons trouver l'expérience de l'auteur riche en préceptes, que l'autorité de son nom appuie d'une garantie bien suffisante à nos yeux. Les sangsues, bien préférables aux saignées générales, ne doivent pas être appliquées, comme on le fait ordinairement derrière l'apophyse mastoïde (à moins que les cellules mastoïdiennes ne se trouvent être le siége spécial de la phlegmasie). Pour en tirer tout le parti qu'on en doit espérer, il faut les faire prendre immédiatement autour et en dedans du méat auditif externe, dans la fosse derrière le tragus, et, s'il est nécessaire, au devant de cette éminence, dans le creux formé par la dépression de la mâchoire (1). On peut employer de cette manière six sangsues; et elles apportent un soulagement, soit immédiat, soit permanent, plus prononcé qu'un nombre trois fois plus considérable, appliqué sur la région mastoïdienne.

Cependant, après avoir fait une première évacuation locale en ce point, on devra, s'il est nécessaire d'y revenir, et que la peau soit encore irritée par les piqûres récentes, appliquer les sangsues pour la seconde fois au-dessous du lobule de l'oreille, derrière la branche de la mâchoire inférieure. Il ne faut pas craindre de réitérer cette médication, et même à plusieurs reprises le même jour.

La chaleur humide de l'air ambiant, les fumigations émollientes et narcotiques, quelques sudorifiques à l'intérieur, sont d'excellents auxiliaires.

Comme tous les médecins anglais, l'auteur recommande ici l'administration du mercure dès la première période de l'affection. Il s'attache à en démontrer « non-seulement l'utilité, mais la nécessité pressante; » indication d'autant plus évidente à ses yeux que les bons effets du mercure, principalement dans les inflammations des membranes fibreuses, sont hors de contestation.

---

37. *De la convenance et de l'utilité pratique qu'il y a à classer la coqueluche parmi les exanthèmes, avec une nouvelle théorie de cette maladie*; par M. Duncan.

(The Dublin Quarterly Journal.)

On connaît l'extrême divergence des auteurs en ce qui con-

(1) Il convient alors, avant de mettre les sangsues, de placer un morceau de coton dans le conduit auditif, afin d'empêcher qu'elles n'y mordent trop avant, et aussi pour que le sang ne s'y coagule pas de manière à l'obstruer ensuite.

cerne la classification des exanthèmes. On ne trouverait pas, dans les nosologues qui se sont plus spécialement occupés de cette question, Sauvages, Linnée, Vogel, Cullen, Naumann, Pinel, Macintosch, Craigie, Lendrick, Alibert, Willan, Bateman, Rayer, Cazenave, Schedel, Biett, etc., beaucoup de classifications identiques. En les réunissant toutes, on trouve rangées parmi les exanthèmes des maladies cutanées aiguës et des maladies chroniques, contagieuses et non contagieuses, transmissibles seulement au contact ou transmissibles à distance, épidémiques ou sporadiques, et n'offrant quelquefois aucune analogie importante dans leurs caractères anatomiques, dans leur étiologie, leur symtomatologie, leur marche et leur traitement. Il suffira, pour s'en convaincre. de se rappeler qu'on a compris dans cette classe la peste, la variole, la varicelle, la vaccine, la rougeole, le roséole, le pemphygus, le purpura, l'érysipèle, la scarlatine, la syphilis, l'essera vulgaire, les aphthes, la miliaire, l'urticaire et la fièvre bulleuse.

M. Duncan s'élève contre ces rapprochements disparates, qui ont leur source dans une considération trop exclusive, de la part des auteurs, de la lésion cutanée, et il propose de n'admettre dans un même groupe, sauf à changer le mot exanthème qui deviendrait impropre comme appellation générique, que les maladies suivantes :

La variole, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la vaccine, la fièvre rouge, la peste, l'esquinancie et la coqueluche.

Le rapprochement de ces diverses affections dans un même groupe, bien qu'elles n'offrent pas toutes une lésion de la peau, est légitimé aux yeux de l'auteur par un certain nombre de caractères communs : 1° elles ont toutes des périodes régulières qui ne se dérangent que sous l'action de causes perturbatrices accessoires ; 2° presque personne n'y échappe dans le cours de la vie ; 3° elles ne se gagnent qu'une fois, et une première atteinte est un préservatif contre leur influx contagieux ; 4° elles sont propagées par un poison spécifique ; 5° elles sont toutes probablement susceptibles d'être communiquées par inoculation, et bien que l'expérience n'ait pas été tentée pour plusieurs d'entre elles, l'analogie autorise à regarder le fait comme très-vraisemblable ; 6° enfin elles s'accompagnent toutes de fièvre.

Voilà, en peu de mots, la doctrine de M. Duncan. Quelques considérations vont permettre, nous l'espérons, d'en apprécier au juste le sens et la valeur.

On peut suivre dans la classification des maladies trois méthodes : ou la méthode *purement anatomique*, ou la méthode *pu-*

rement philosophique ou *nosologique*, ou une *méthode mixte* empruntée aux deux précédentes.

La méthode purement anatomique a l'inconvénient de donner pour base à la classification un ordre de caractères variable, secondaire, accessoire, au lieu de la fonder sur des caractères invariables, primitifs, essentiels, qui déterminent la nature de la maladie. Appliquée aux affections de la peau, elle conduit à rapprocher la variole de l'urticaire, la rougeole du purpura, la vaccine de l'exanthème, la scarlatine de l'érysipèle, c'est-à-dire d'accoupler des maladies essentiellement différentes.

La méthode purement philosophique, fort difficile d'ailleurs à pratiquer dans l'état actuel de la science, aurait l'inconvénient opposé à celui de la méthode précédente, c'est-à-dire celui de ne plus tenir aucun compte des caractères secondaires, lesquels peuvent et doivent être pris en grande considération pour distinguer les maladies qui, réunies par un ou plusieurs caractères essentiels communs, offrent cependant entre elles des différences considérables. Appliquée, par exemple, aux affections qui ont pour caractère commun d'être contagieuses, et dans lesquelles se rangent plusieurs affections cutanées, elle conduirait à traiter de la rougeole après le typhus, de la variole après la peste, de la scarlatine après la suette, etc.

Enfin, la méthode mixte réunit les avantages des deux précédentes et en éloigne les inconvénients. Elle emprunte à la méthode philosophique la détermination des caractères essentiels propres à constituer le genre et l'espèce morbides, et à la méthode anatomique la détermination de certains caractères secondaires propres à constituer la variété. Ainsi, elle reconnaît à un certain nombre de maladies la faculté de se transmettre d'individu à individu; voilà un caractère essentiel; elle réunit toutes ces maladies dans un même *genre*, sous le titre de *maladies contagieuses*. Puis elle trouve que les unes se transmettent uniquement par contact et les autres à distance; deux caractères *essentiels*, en tant que révélant tous deux la nature, l'*essence* de la maladie, mais fort différents l'un de l'autre; de là deux *espèces* d'affections contagieuses. Enfin, parmi ces affections, il en est qui se traduisent matériellement par des lésions cutanées, comme les exanthèmes, d'autres se traduisent par des lésions intestinales, comme la fièvre typhoïde, et ainsi de suite. Voilà autant de caractères secondaires propres à constituer des variétés.

Or, ce que nous reprochons à M. Duncan, c'est de n'avoir adopté aucune de ces méthodes et d'être resté dans l'arbitraire. Il est bien clair qu'il a rejeté la méthode anatomique pure, puis-

que son mémoire tout entier est une protestation contre cette méthode ; qu'il a rejeté également la méthode mixte, puisqu'il rapproche une affection qui a son *siége anatomique* dans les voies respiratoires (la coqueluche) d'autres affections dont les caractères anatomiques siégent dans l'enveloppe cutanée. Sa prétention a été de suivre la méthode philosophique pure, et, en effet, c'est dans les caractères morbides essentiels qu'il est allé prendre la base de sa classification. Mais alors il fallait l'appliquer d'une manière complète ; il ne fallait pas confondre dans un même genre des maladies qui, si elles sont toutes contagieuses, ne le sont pas toutes de la même façon : la vaccine et la peste, par exemple. Ensuite, puisque la considération anatomique était entièrement mise de côté, il fallait faire entrer dans le *genre* toutes les maladies revêtues des caractères essentiels indiqués par l'auteur. Eh bien ! la fièvre typhoïde ne réunit-elle pas tous ces caractères, au moins autant que la coqueluche ? N'a-t-elle pas des périodes aussi distinctes ? Lui arrive-t-il plus souvent de frapper le même individu deux fois en sa vie ? etc. Pourquoi dès lors ne pas la ranger dans la même classe que la coqueluche ?

On voit qu'au fond la doctrine de M. Duncan ne modifie guère la constitution de la science sur la question. Elle rappelle différents caractères communs, de l'aveu de tout le monde, à la coqueluche et à certains exanthèmes cutanés ; elle fait entrevoir entre ces deux états pathologiques d'autres rapports sur lesquels l'auteur lui-même ne possède aucune donnée précise. La seule innovation qu'il propose est de réunir la coqueluche et les exanthèmes dans un même groupe nosologique auquel on donnerait un nom générique approprié. Mais, véritablement, nous ne voyons pas ce que la science et la pratique gagneraient à cette innovation de pure forme.

Quant à la théorie de M. Duncan sur la cause indirecte de la coqueluche, voici en quoi elle consiste : un miasme spécifique du genre de celui qui produit les exanthèmes est introduit dans l'économie ; ce miasme développe une fièvre également spécifique, dont un des caractères consiste dans la tuméfaction des glandes bronchiques, comme un des caractères de la peste est le gonflement des glandes de l'aine ou de l'aisselle. Cette tuméfaction a pour effet de comprimer le nerf pneumogastrique et, par une action réflexe sur la moelle, d'amener le spasme des muscles laryngiens. Déjà le docteur Ley et d'autres médecins anglais avaient admis ce gonflement des glandes bronchiques comme cause directe de la coqueluche, mais sans le rattacher à un empoisonnement miasmatique.

38. *Sur l'impetigo capitis ou croûte lactée des enfants*; par M. F. Richardson.

(London medical Gazette.)

Dans un des précedents numéros de *The Lond. medical Gazette*, M. Grantham (de Crayford) avait exprimé l'opinion qu'il existe un rapport intime entre l'*impetigo capitis* et *un état d'anémie de la moelle épinière*. Voici en quels termes il développait cette opinion : « Le premier symptôme observé chez l'enfant est l'excrétion d'une grande quantité d'urine pâle, d'une faible pesanteur spécifique, et qui ensuite, plus tôt ou plus tard, contient une quantité insolite de phosphates. Dans les premiers temps, l'enfant est fréquemment mal à son aise après les repas. Cependant il n'existe pas de maladie déterminée propre à fixer l'attention des parents (l'enfant paraissant se bien développer) jusqu'à ce que l'éruption se manifeste. Alors, et seulement alors, l'éruption se porte tout entière sur l'affection éruptive, qui devient une source d'inquiétude vive pour la mère. La débilité survient, et se traduit d'abord par une faiblesse de la colonne et une courbure à convexité postérieure, s'étendant de la neuvième vertèbre dorsale à la troisième lombaire. Le mal ne s'arrête pas là : l'enfant donne bientôt une nouvelle preuve de faiblesse en laissant tomber la tête sur les épaules, et c'est alors que, pour la première fois, l'attention des praticiens se porte sur le système nerveux rachidien. »

M. Richardson vient confirmer de tout point, sur le principal comme sur les accessoires, ces observations de M. Grantham, et les augmente de quelques autres qui lui sont propres.

Ainsi il a vu, chez les enfants affectés d'*impétigo capitis*, le cou se raccourcir, sans doute, ajoute-t-il, par suite de l'absorption des cartilages, et la tête s'incliner sur l'épaule droite.

La maladie lui a paru se développer principalement vers l'âge de 5 à 6 ans, à l'époque où les enfants quittent le foyer de famille pour être confinés dans une école où ils respirent un air impur.

Il croit enfin que l'*impetigo* est contagieux, et en cite un exemple, malheureusement trop peu circonstancié pour suffire à une démonstration.

— Nous accordons volontiers le fait de la coexistence fréquente, chez les enfants, des croûtes et des courbures de l'épine. Nous croyons encore que les unes et les autres émanent d'une source pathologique commune ; mais nous ne savons trop ce que l'auteur entend par *un rapport entre l'existence de* l'impetigo

capitis *et celle d'une anémie de la moelle*. Veut-il parler d'un rapport de coïncidence ou d'un rapport de causalité? — Dans le premier cas, il se peut que la moelle soit anémique; mais à coup sûr, c'est là une circonstance de médiocre importance, presque la moindre de toutes celles auxquelles se lie la courbure de la colonne. La cause directe de cette courbure dans les cas dont il s'agit, c'est la carie tuberculeuse des vertèbres, et voilà pourquoi cette courbure présente dans son siége, dans sa forme, dans sa direction, dans sa marche, dans ses effets sur les organes intérieurs, dans son pronostic, dans son traitement, dans toute son histoire enfin, des caractères spéciaux qui la ditinguent de toutes les autres difformités de l'épine, et que les deux auteurs ne paraissent pas souçonner. Que cette carie soit accompagnée d'anémie de la moelle, cela est possible ; mais elle est accompagnée de bien d'autres circonstances, qui mériteraient tout autant d'être remarquées, et nous ne voyons pas le but ni l'utilité de préférence accordée ici à l'anémie du cordon rachidien. — Que si M. Grantham entend parler d'un rapport de causabilité, il est encore très-inexact de prétendre que *l'impetigo* soit la conséquence d'une anémie de la moelle; il ne dérive même pas de la lésion principale, dont nous venons de dire que cette anémie n'était qu'une particularité peu importante, à savoir, de la maladie des vertèbres. A considérer la succession des faits, il serait plus vrai de dire que la carie vertébrale est la conséquence de l'*impetigo*, puisqu'elle lui est postérieure ; mais ni l'une ni l'autre de ces opinions n'est soutenable. *Impetigo* et carie sont deux résultats d'une même cause générale inhérente à l'organisme, et qu'on appelle *diathèse scrofuleuse*.

Nous aurions bien d'autres remarques à présenter sur ce point ; mais nous ne croyons pas devoir outre-passer l'objet principal du travail de M. Richardson.

---

39. *Sur l'inflammation et l'ulcération du col utérin chez les femmes vierges* ; par M. Henry Bennett.

(The Lancet.)

Cet article, donné par l'auteur comme faisant suite à une communication que nous avons déjà analysée sur les *affections utérines après l'âge critique*, excitera sans doute un intérêt mêlé d'étonnement chez quelques lecteurs. En effet, les maladies de matrice, chez les femmes vierges, n'ont pas été l'objet d'études spéciales de la part de nos gynécologistes, et cette lacune, presque sans exception, a naturellement dû être interprétée comme liée à la rareté extrême des lésions utérines à cette période même de la vie.

Il n'en serait point ainsi, s'il faut en croire M. Bennett. Appuyé sur son expérience, il déclare s'être, au contraire, souvent rencontré en face d'affections semblables, et attribue l'oubli qu'en ont fait les pathologistes *du continent* à ce que, par des motifs bien faciles à comprendre, l'on n'envoie que rarement les femmes de cet âge à l'hôpital, auquel ils ont en général uniquement demandé les types de leurs descriptions.

L'inflammation et l'ulcération du col sont donc, d'après M. Bennett, choses assez communes chez les vierges ; et c'est dans ces altérations, selon lui, qu'est la source de ces leucorrhées réfractaires qui s'accompagnent d'un état de débilité générale. Une vue semblable est d'autant plus importante, qu'elle conduirait à la découverte du traitement curatif d'une des affections les plus difficiles à guérir que présente la pratique des maladies des femmes.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les obstacles qui s'opposent, dans cette circonstance, à une exploration directe de la partie affectée. M. Bennett, qui les connaît et en convient aussi, tire de ce fait la conséquence qu'il importe davantage encore d'apprendre à juger d'une maladie utérine d'après les seuls signes rationnels et l'ensemble des modifications qu'éprouve la santé générale.

Or ce diagnostic repose, chez les femmes vierges, sur les mêmes éléments qu'à une autre époque de la vie. Le premier signe est l'écoulement, qui, blanc ou jaune, mais permanent, annonce une inflammation ou une ulcération. D'après l'auteur, cet écoulement, regardé par quelques-uns comme lié à un état de débilité générale, par d'autres comme indiquant l'inflammations des follicules muqueux du col, est seulement le résultat de la congestion de la muqueuse qui tapisse le vagin et le col. Cela est si vrai qu'on observe invariablement des pertes blanches pendant la durée de la grossesse, avant, ainsi qu'après l'époque menstruelle, circonstances où un état congestif de la membrane existe en effet évidemment.

Un second signe de l'ulcération inflammatoire du col réside dans les douleurs qui occupent, selon l'ordre de fréquence, soit les régions de l'ovaire, principalement le gauche, soit le sacrum, soit la région sus-pubienne ; elles se caractérisent par leur persistance pendant tout l'intervalle qui sépare deux époques de règles.

L'utérus tuméfié s'abaisse assez souvent ; mais cependant la fermeté du vagin, chez les femmes vierges, s'oppose en général à la chute de l'organe.

Dans la plupart des cas d'ulcération que M. Bennett a été ap-

pelé à soigner, il y avait dysménorrhée ; et il est convaincu qu'un grand nombre des jeunes personnes mal réglées que la médecine abandonne, ou qu'elle se borne à soulager avec les opiacés, seraient trouvées, si on les examinait soigneusement, porteurs d'inflammation ulcérative du col. Sans manquer entièrement, la menstruation est parfois seulement accompagnée alors de coliques et douleurs considérables ; mais comme, à cet âge, il en est assez souvent ainsi en l'absence de toute altération organique, le médecin ne devra accorder à ces phénomènes la valeur d'un signe de maladie utérine, qu'autant que la douleur ou l'irrégularité de la menstruation seraient devenues beaucoup plus prononcées depuis l'apparition des autres symptômes accusant cet état, qu'elles ne l'étaient auparavant.

On attribue en général à l'abondance de l'écoulement la dépression remarquable, la lésion dans les forces de nutrition, les dérangements de la santé qui surviennent si fréquemment dans ce cas. M. Bennett, se fondant sur ce que des flux muqueux bien plus considérables des bronches, de la vessie, etc., n'amènent pas les mêmes conséquences, ou les amènent plus tard et à un degré beaucoup moins marqué, conclut que ce n'est pas à la leucorrhée, mais à l'ulcération, qu'il faut les rapporter. Un organe, aussi intimement lié que l'utérus avec les fonctions de la vie animale par le système nerveux sympathique, lui paraît en effet on ne peut plus capable de réagir, lors de ses maladies, sur les fonctions nutritives et assimilatrices.

M. Bennett insiste enfin sur le soin qu'il faut avoir de ménager l'hymen dans les explorations qui peuvent être nécessaires. Cependant si cette membrane n'est pas lâche naturellement ou relâchée par la maladie, si un petit spéculum étroit, à deux valves, ne parvient pas à dilater graduellement l'entrée des parties, si d'ailleurs l'obscurité des signes rationnels, jointe à la gravité de l'état morbide, fait un devoir de compléter l'examen, il ne faut pas hésiter à diviser l'hymen par plusieurs petites incisions ; mais ce parti est d'autant moins regrettable, que les personnes, chez qui l'hymen est trop rigide pour céder à l'emploi des moyens dilatants, sont en général déjà d'un âge un peu avancé.

La seule particularité que le traitement offre ici, c'est que la maladie se présente ordinairement, chez les femmes vierges, sous une forme inflammatoire aiguë. S'il y a une ulcération, elle est alors vasculaire, irritable, enflammée ; mais cet état ne constitue rien moins qu'une condition désavantageuse, car il présente, au contraire, beaucoup plus de chances d'être conduit à guérison

par un traitement antiphlogistique actif associé à des cautérisations légères.

---

40. *De l'opium dans la hernie étranglée*; par M. ARTHURSTOWN.
(Dublin medical Press.)

La dose à laquelle l'auteur porte ce médicament est la principale circonstance qui mérite d'être signalée. On en jugera par ce fait. Une femme, de 47 ans, portait une hernie inguinale étranglée depuis plus de vingt-quatre heures. La saignée, les bains chauds, les lavements de tabac, l'opium à petite dose employés avant et concurrement avec des tentatives de taxis, n'avaient eu aucun succès. M. Arthurstown ordonna de prendre toutes les heures une pilule contenant 15 centigrammes d'opium et 10 centigrammes de calomel. Les trois premières furent rejetées par le vomissement. L'estomac garda la quatrième, ainsi que la cinquième; et l'on en était arrivé à la huitième pilule lorsque la hernie se réduisit d'elle-même, au moment où la malade éprouvait un besoin violent de rendre un lavement.

---

41. *Moyen de prévenir l'infection à la suite des piqûres anatomiques*; par M. HARGRAVE.
(Dublin medical Press.)

Il y a dans cet article deux sortes de conseils adressés à ceux qui s'occupent de travaux anatomiques : les premiers, qui concernent surtout les étudiants, sont relatifs à l'hygiène générale. L'auteur leur recommande la modération en toutes choses; et quant à l'alimentation, s'ils sont entraînés à quelque excès, d'incliner plutôt vers une diète restaurante que vers l'usage exclusif d'une nourriture dite rafraîchissante (ce précepte, avec les limites bien entendues qu'on doit formellement lui spécifier, nous paraît en effet l'un des meilleurs que l'on puisse donner, et M. Margrave n'est pas le premier, depuis Broussais, qui ait eu l'heureuse idée d'en réhabiliter l'application).

Quant au traitement préventif local, voici celui que l'auteur préfère à tous les autres. Laver d'abord la plaie pendant quelques minutes dans l'eau froide, ensuite la sucer; puis, si la blessure siége, par exemple, à l'extrémité d'un doigt, serrer celui-ci par une ligature qui doit exercer un degré de constriction tel, que la partie prenne une coloration foncée et que le malade y éprouve un certain engourdissement. Cette ligature devra être laissée en place *au moins pendant douze heures*. M. Hargrave l'a quelquefois portée durant un laps de temps double, en continuant néanmoins les occupations de sa profession.

42. *Sur les effets thérapeutiques de l'application externe de l'aconit napel;* par M. Grantham.

(London medical Gazette.)

Les maladies auxquelles l'auteur a appliqué cette médication avec le plus de succès sont les ulcères d'un aspect gangréneux et phagédénique qui surviennent chez les sujets à diathèse goutteuse, avec hypertrophie des tissus ligamenteux, et aussi les ulcérations qui prennent le caractère sphacelé dans les régions variqueuses. La mortification est plus superficielle en ce dernier cas, et plus profonde dans la véritable goutte.

Les ulcérations de ce genre sont très-difficiles à gouverner, fort douloureuses, malaisées à soulager et encore plus lentes à guérir. M. Grantham avait renoncé à en entreprendre la cure lorrsqu'il songea à l'obtenir par l'emploi topique de l'aconit napel. Il convient de cueillir les racines, les tiges et les feuilles de la plante en fleur, et les faire sécher à l'ombre. Il faut faire une infusion de toute la plante (car la décoction a été trouvée inefficace par l'auteur). On doit ensuite vider le liquide et faire avec lui et du pain un cataplasme qu'on applique sur la partie malade, aussi chaud qu'elle peut le supporter. Le cataplasme sera recouvert d'ouate pour être conservé chaud, et renouvelé fréquemment. Il importe de maintenir soigneusement la chaleur du membre.

M. Grantham avertit que ce traitement local ne dispense pas de veiller aux soins de la médication générale antiarthritique, c'est à dire de remédier à la congestion du cerveau, du foie, des intestins, etc.

---

43. *Sur l'usage et l'abus des cautères dans le traitement des maladies des jointures, et mode plus efficace pour les employer;* par M. Brownless.

(The Lancet.)

Ce n'est point une thèse entièrement neuve que l'auteur vient ici défendre en énumérant les mauvais effets qui résultent des exutoires entretenus artificiellement pendant un temps considérable autour des articulations malades. Toutefois, quelques-uns des arguments dont il appuie sa manière de voir se recommandent par leur justesse.

Ainsi, dit-il d'abord, les cautères sont conduits dans leur marche par la plupart des médecins, de manière à faire penser que ceux-ci partagent les doctrines humorales les moins soutenables ; car ils s'efforcent avant tout d'obtenir une décharge abondante de pus. Or, s'il est vrai que cette évacuation puisse

quelquefois être utile, par exemple, chez un individu pléthorique où l'on veut détourner une congestion cérébrale, le cas est tout différent lorsqu'il s'agit d'un sujet affaibli, scrofuleux, cachectique, comme le sont le plus grand nombre de ceux atteints d'affections articulaires. Ici une suppuration copieuse ne fait qu'exaspérer l'état que l'on voulait par elle combattre ; car elle augmente sans contredit la débilité qui constitue le fond même de la maladie. L'expérience journalière prouve d'ailleurs chaque jour la réalité de cet inconvénient.

Outre ce premier danger, il en est un autre non moins sérieux qui résulte de la présence du pois, c'est l'irritation continuelle dont son contact devient la cause, irritation d'autant plus à craindre qu'elle se développe dans une constitution plus disposée à en ressentir les conséquences. Quelques personnes pensent que cette irritation ne se prolonge pas au delà d'un petit nombre de jours après l'introduction du corps étranger. Mais, en supposant même que la condition morbide particulière des individus dont il s'agit ne favorisât point la prolongation de cet état irritatif, ne sait-on pas que les ulcères ressentent toujours le contre-coup des influences qui ébranlent l'économie ? Et l'ulcère qui succède au cautère doit-il échapper à cette règle, à laquelle les lois physiologiques ne comportent point d'exception ? Aussi le voit-on souvent, sous l'empire de diverses causes, revêtir un aspect fongueux, saignant, phagédénique, à bords déchiquetés, décollés, à surface douloureuse au moindre contact, etc.

Le remède que M. Brownless propose contre ces fâcheux effets n'est pas (comme l'ont demandé quelques médecins modernes) l'exclusion des exutoires du traitement des maladies articulaires, mais une méthode différente dans leur application. Ce conseil, qui n'a du reste rien de neuf, consiste à laisser la plaie des cautères se fermer naturellement, mais à la remplacer dès qu'elle tend à se cicatriser par un autre cautère qu'on établit à côté du premier. L'observation démontre à ce procédé un avantage clinique direct. En effet, on remarque que, dans les grandes articulations, une cautérisation ne soulage que le côté sur lequel elle a porté, de manière qu'il est parfois nécessaire de promener successivement l'action révulsive sur toute la circonférence articulaire, indication que les cautères *volants* permettent seuls de remplir convenablement et promptement.

Si le patient recule devant la douleur ou plutôt devant la crainte des cicatrices nombreuses qui résultent de ce système de médication, on pourra, selon le plan de B. Brodie, le remplacer en irritant ou frottant fréquemment avec le caustique les an-

ciennes plaies, de manière à y rappeler l'irritation. Mais ce moyen le cède de beaucoup en efficacité au précédent.

---

44. *Sur l'application du trépan au traitement de l'aliénation mentale, résultant d'un enfoncement du crâne*; par M. Lockhart Robertson.

(The Lancet.)

L'opération du trépan à été faite assez souvent, et assez souvent avec succès, dans le cas de douleurs fixes à la tête, par Klein, Maréchal, Morel, etc., pour qu'elle fût parfaitement indiquée chez le malade de l'observation suivante. L'état des facultés morales et intellectuelles, s'ajoutant à cette première indication, justifierait d'ailleurs parfaitement le chirurgien d'avoir tenté cette voie périlleuse de guérison, si d'ailleurs le résultat obtenu ne suffisait pas pleinement à l'absoudre.

Obs. — Un marin âgé de 23 ans fut reçu, le 10 février 1845, dans l'asile des aliénés de Cumberland. La manie était survenue chez lui sous forme d'une attaque aiguë, à la suite d'une chute sur la tête, qui eut lieu dix ans auparavant. Au bout de six semaines, il recouvra l'usage de ses facultés intellectuelles, mais continua à se montrer tellement ingouvernable et violent dans sa conduite qu'on fut obligé de le renfermer.

Lors de son admission, il se plaignait de douleurs violentes dans le point de la tête sur lequel il était tombé, et croyait quelquefois que ces douleurs provenaient de ce que sa mère le battait. Sous les autres rapports, son intelligence était saine, mais on le voyait toujours morose, taciturne, insolent et difficile dans ses rapports.

Au bout de quelque temps, ses idées fausses l'abandonnèrent; mais son état moral resta le même, ainsi que les douleurs de tête.

En examinant la partie qui avait été frappée, M. Robertson découvrit sur le bord postérieur supérieur du pariétal droit une dépression très-distincte. Il convint, dans une consultation avec M. Furness, d'enlever par le trépan la portion osseuse enfoncée.

Le 3 janvier 1846, l'opération fut exécutée avec habileté par M. Furness. Le malade la supporta bien et en guérit sans aucun fâcheux symptôme. La partie osseuse enlevée était saine en apparence sur ses deux faces, adhérant fortement à la dure-mère; elle présentait les traces d'une fracture ou plutôt d'un simple enfoncement.

Depuis le 1er février, la conduite du malade changea considérablement sous tous les rapports; il n'eut plus d'accès de violence,

répondit civilement à toutes les questions et se montrait reconnaissant des soins qu'on lui donnait. Les douleurs de tête avaient cessé depuis le moment de l'opération, et il parlait avec plaisir de retourner chez lui.

Le 20 mars il fut renvoyé guéri, ne conservant plus aucun symptôme de son ancienne maladie.

---

45. *Troubles du système nerveux dans l'albuminurie des femmes enceintes* ; par le professeur SIMPSON, d'Édimbourg.

(Monthly Journal of Med.)

Voici les conclusions de ce travail intéressant, que l'on pourra rapprocher d'une thèse publiée en 1746, sur le même sujet, par M. Cahen.

1° L'albuminurie, lorsqu'elle existe dans les derniers temps de la grossesse, crée une tendance des plus marquées à la production des convulsions puerpérales.

2° L'albuminurie dans l'état de grossesse et dans l'état puerpéral donne lieu quelquefois à des troubles du système nerveux, autres que les convulsions, et en particulier à des paralysies locales, à des névralgies des extrémités, à des troubles fonctionnels de la vue, de l'ouïe, etc. (amaurose, etc), à une hémiplégie on à une paraplégie plus ou moins développées.

3° L'œdème de la face et des mains, et parfois même l'anasarque, sont l'une des suites les plus fréquentes de l'albuminurie chez les femmes enceintes.

4° La présence de l'œdème ou de toute autre lésion du système nerveux, avec ou sans œdème, doit toujours faire supposer l'albuminurie; et si les soupçons sont vérifiés par l'état des urines, on doit se mettre en garde, à l'aide d'un traitement antiphlogistique, contre l'apparition des convulsions puerpérales.

5° L'albuminurie et ses suites sont de beaucoup plus communes dans une première grossesse que dans les suivantes; elle disparaît en général et complétement après la délivrance. M. Simpson a vu la maladie commencer par une amaurose légère sans œdème, et se terminer graduellement par une hémiplégie, dans un cas où il était resté une paralysie partielle après la délivrance, et après la disparition de l'albuminurie. Dans un autre cas, l'amaurose a paru avec la délivrance, et elle durait depuis six mois, lorsque M. Simpson a vu la malade pour la première fois. Les urines étaient fortement albumineuses, et cependant il n'y avait aucune trace d'œdème ou tout autre symptôme d'albuminurie.

6° L'albuminurie avec convulsions survenant après un accou-

chement autre que le premier est en général le résultat d'une néphrite granuleuse, et ne disparaît pas après la délivrance.

7° Peut-être dans les convulsions puerpérales produites par l'albuminurie, la cause pathologiqne immédiate des troubles du système nerveux est-elle dans quelques altérations peu connues du sang. Y aurait-il, par exemple, une proportion morbide d'urée dans le sang, ou un changement pathologique dans la qualité ou la quantité de l'urée ?...

8° Dans les convulsions puerpérales graves qui tiennent à l'albuminurie, la sécrétion rénale est en général diminuée, et M. Simpson a retiré les meilleurs résultats de l'emploi des diurétiques avec ou après les saignées, l'antimoine, etc., surtout lorsque la maladie a déjà une certaine durée.

9° On voit quelquefois l'hémiplégie se montrer pendant la grossesse sans albuminurie; mais cette affection ne paraît pas agir d'une manière notablement fâcheuse sur la grossesse et le travail. La maladie parcourt en général sa marche la plus habituelle. Dans un de ces cas, M. Simpson a vu la malade reprendre peu a peu, quoique imparfaitement, l'usage de son membre paralysé.

---

46. *Cas d'accouchement à un âge avancé ;* par M. Davies.

(London medical Gazette.)

Le fait qu'on va lire, et que l'auteur considère comme fort rare, n'est pas unique, tant s'en faut, dans les annales de la science ; mais il y mérite cependant une place, surtout à cause du soin avec lequel l'authenticité en a été constatée.

Obs. — Sarah Pearce se présenta, il y a peu de temps, à l'infirmerie générale d'Hertford ; elle se disait âgée de 64 ans, et ne présentait pas l'apparence d'en avoir plus de 54 ou 55. Elle raconta avoir eu onze enfants, et être accouchée du dernier à 55 ans.

Comme on lui témoignait quelques doutes sur la véracité de cette assertion, elle montra un extrait de baptême, délivré en bonne forme, et où la date de sa naissance était en effet reportée au mois d'avril 1784. Or sa dernière enfant était une petite fille de 8 ans.

Cette femme ajoute qu'elle commença à être réglée à 12 ou 13 ans, et qu'elle ne l'a plus été à partir de son dernier accouchement.

La date de cette observation est du 12 mai 1847.

47. *Observation de spina bifida, avec fissure de l'os occipital, et absence des lames postérieures de l'atlas et de l'axis*; par le docteur C. Pooley.

(London medical Gazette.)

Le 10 août dernier, une dame de 39 ans, accoucha d'un cinquième enfant, qui portait à l'occiput une tumeur volumineuse et pendante, semblable à une petite gourde. Cette tumeur était transparente, fortement vasculaire, fluctuante, et en partie couverte par les cheveux. A la portion inférieure de l'os occipital, on sentait une fissure, par laquelle on pouvait faire rentrer le liquide dans l'intérieur du crâne, ainsi qu'on pouvait le reconnaître par la saillie plus grande de la fontanelle antérieure. Cette compression déterminait des contractures dans les mains et dans les bras, ainsi que du strabisme. Du reste, l'enfant ne paraissait pas en souffrir ; les sens étaient intacts, il prit le sein à l'ordinaire et rendit son méconium. Une ponction fut faite, le 14 août, sur la tumeur, avec une aiguille cannelée : on en retira environ 20 onces d'un liquide parfaitement liquide, la petite plaie se cicatrisa très-bien, et la tumeur se remplit de nouveau. Nouvelle ponction le 14 septembre, par laquelle on retira 26 onces d'un liquide transparent. A partir de ce moment, et sans qu'il survînt aucun accident aigu, l'enfant maigrit rapidement, les urines se chargèrent d'acide urique, et la mort eut lieu le 10 octobre. La tumeur avait des parois très-épaisses ; sa surface interne, en forme de sac, était tapissée par une membrane molle, lisse, vasculaire, ressemblant à une membrane muqueuse. Elle renfermait environ 8 onces de sérosité verdâtre. Une fissure de 2 pouces de long et de 3/4 de pouce de large divisait l'os occipital, depuis la protubérance jusqu'au grand trou de ce nom. Elle était fermée par une membrane fibreuse dense, excepté à sa partie inférieure, où l'on voyait une petite ouverture, capable de loger une grosse plume, et par laquelle avait lieu la communication. Cerveau mou et pulpeux, ses cavités dilatées ; aucune différence entre la substance blanche et la substance grise ; la moelle allongée et la moelle épinière étaient fermes et bien conformées. Les arcs antérieurs de l'atlas et de l'axis étaient confondus en une seule masse cartilagineuse, homogène, sans aucune trace de travail d'ossification ; l'arc postérieur de la première vertèbre manquait entièrement jusqu'au niveau des apophyses articulaires ; les deux tiers de l'anneau de l'axis manquaient également. L'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale était bifurquée, et la bifurcation du côté gauche offrait plus d'épaisseur que

de longueur ; l'intervalle des deux vertèbres était rempli parune membrane ligamenteuse épaisse. L'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre était également incomplète. La cinquième était, au contraire, parfaitement conformée. Il n'y avait rien de particulier vers les organes internes.

---

48. *Polype de l'œsophage*, observé par le docteur R. Arrowmsith. (London med.-chir. Transactions.)

Un ouvrier rubanier, âgé de 48 ans, fit appeler le docteur Philips, au commencement du mois de janvier dernier, pour un mal de gorge et de la difficulté à avaler. Ce médecin ne put rien découvrir, et prescrivit seulement quelques délayants; mais les accidents reparurent peu à peu, et la dysphagie devint des plus tranchées. Lorsqu'il entra à l'hôpital de Coventry, au commencement de mars, il avait beaucoup de difficulté à avaler, avec une toux fréquente et douloureuse, qui était provoquée principalement par les efforts pour avaler. L'expectoration était spumeuse et très-abondante; il y avait de la fièvre, mais pas de dyspnée; les tonsilles, la luette et le pharynx, n'offraient rien d'anormal; malgré tous les efforts que l'on fit, on ne put pas apercevoir l'épiglotte. La sonorité de la poitrine était normale, le murmure respiratoire faible, mais sans râle; en appliquant le stéthoscope à la partie inférieure du cou, on percevait le murmure respiratoire excessivement dur et rugueux. La déglutition devint de jour en jour plus difficile ; cet homme ne pouvait plus avaler que dans le décubitus horizontal, et la tête plus basse que le reste du corps. A diverses reprises, on tenta d'introduire une sonde dans l'œsophage, mais sans pouvoir y réussir ; chaque tentative était suivie d'un crachement de sang et d'un spasme de la glotte, tel que l'on pouvait craindre la suffocation. Dans ces circonstances, M. Arrowsmith songea que la trachéotômie pourrait avoir de bons résultats pour le malade, en lui permettant d'avaler, et en rendant peut-être l'introduction des instruments plus facile. Effectivement, le malade put avaler après l'opération, pendant deux ou trois jours ; mais à chaque fois, il s'échappait, par l'ouverture de la trachée, un peu du liquide ingéré, preuve que la glotte ne se fermait pas complétement. Quelques jours après le 14 mai, la mort eut lieu par inanition. Dans les derniers temps, le malade avait eu plusieurs vomissements jaunâtres, et cela sans difficulté. A l'*autopsie*, on trouva une tumeur polypeuse, libre et mobile, lobulée, offrant une coloration livide, et une structure celluleuse, ayant 2 pouces de long, le volume d'une grosse noix, et occupant le commencement

de l'œsophage, immédiatement derrière la glotte. Cette tumeur tenait à la muqueuse par une base fibreuse, mince, à 1/2 pouce au-dessous de la commissure postérieure de la glotte ; de là, elle se portait, en ligne droite, dans l'axe de l'œsophage, dans l'étendue d'un 1/2 pouce, et latéralement dans l'étendue de 3/4 de pouce à droite, dans l'intervalle de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde. La tumeur était vasculaire et homogène. Une autre tumeur plus petite, de couleur blanchâtre, de 3/4 de pouce de long, et à large base, existait à 2 pouces plus bas, dans l'œsophage.

---

49. *Observations de guérison de fractures non consolidées*; par M. Rynd.

(The Dublin quarterly Journal.)

Le système de traitement que l'auteur préfère, dans ces cas, est l'emploi du séton, comme plus efficace que la plupart des autres moyens conseillés, et moins dangereux que la résection des fragments. Il cite plusieurs observations montrant les bons effets de cette pratique; savoir : une observation de fracture non consolidée du tibia et du péroné; une de fracture de l'humérus, qui était restée sans consolidation au bout de dix mois; une de fracture du fémur avec fausse articulation persistant depuis quinze mois, et une de fracture non consolidée de la rotule. Nous donnerons l'histoire abrégée de ce dernier fait, de tous le plus intéressant.

Fracture non consolidée de la rotule; emploi du séton; guérison.

Obs. — Mac Donell, âgé de 24 ans, vint consulter M. Gregory, le 2 novembre 1844, pour une fracture transversale de la rotule droite produite quinze jours auparavant par un coup de pied de cheval. Il y avait eu beaucoup d'inflammation ; les fragments étaient écartés d'environ un pouce. Il ne pouvait marcher sans béquilles. Aucun traitement n'avait été fait depuis le jour de l'accident. Il fut placé sur un plan incliné, une attelle derrière le membre, les deux fragments maintenus l'un contre l'autre. Le repos le plus parfait fut gardé au lit dans cette position jusqu'au 28 décembre.

En examinant alors le membre, on trouva les parties sans inflammation. Une union ligamenteuse existait entre les fragments, et le blessé se plaignait beaucoup d'une immobilité aussi prolongée. Ce même jour, le chirurgien perça les téguments au côté externe de la rotule avec une petite aiguille à séton, et la faisant passer au devant de la substance ligamenteuse, il la re-

tira du côté interne, laissant en place le séton, qu'elle avait entraîné à sa suite. L'os fracturé avait préalablement été mis dans l'immobilité au moyen d'un bandage. On condamna ensuite le malade au repos le plus absolu.

L'inflammation produite par le séton alla en augmentant jusqu'au 16 janvier, où elle causait des douleurs vives, principalement à la partie antérieure du genou, et un peu de suppuration par les ouvertures. On enleva le séton.

L'inflammation ainsi que la fièvre dont elle s'accompagnait allèrent en diminuant à partir de ce moment. Dès le 23 février, le malade dit qu'il pouvait remuer le genou, sans y sentir, comme auparavant, de la mobilité vers le ventre.

Le 15 mars, le chirurgien constata en effet que la rotule était soudée. Depuis lors le blessé put marcher sans appui, et il quitta l'hôpital le 20.

Revu le 1er avril, il marchait aussi bien qu'il l'eût jamais fait.

M. Gregory dit que, s'il avait de nouveau à employer le séton, il ne le laisserait pas en place plus de dix jours, et qu'il aurait soin de le changer de situation par une légère pression exercée sur son trajet, dans le cas où sa présence développerait des douleurs quelques jours après son introduction.

Bien que, dans les cas précédents, le séton ait suffi pour rendre la solidité aux os anormalement mobiles, il est néanmoins des circonstances où il a fallu renoncer à un autre procédé. L'observation suivante en présente un intéressant exemple. Il s'y agissait, à la vérité, plutôt d'un cal vicieusement conformé que d'une pseudodarthrose.

---

50. *Fracture de la jambe vicieusement réunie; résection des os; guérison parfaite sans difformité.*

(The Dublin quaterly Journal of medical Science.)

Obs. — Andrew Redmond, âgé de 28 ans, fut reçu à l'hôpital le 6 juillet 1841, ayant la marche gênée depuis trois ans, au point de ne pouvoir marcher sans béquilles. Sa jambe, cassée à cette époque par une cause directe, était maintenant courbée en dehors à son tiers inférieur, de manière que le membre, dans la station debout, ne reposait sur le sol que par le côté externe du pied et du cou-de-pied. Depuis un an, il souffrait de douleurs vives et continuelles dans les deux os de la jambe depuis le cou-de-pied jusqu'au genou, et des élancements névralgiques très-pénibles s'étendaient de la plante du pied, le long de la jambe et de la cuisse, jusqu'aux vertèbres lombaires et aux dernières dorsales. Dans l'origine, on avait pris la fracture pour une luxa-

tion, et de là était résultée l'erreur du traitement qui avait laissé les os se souder avec une pareille difformité. Le malade demandait instamment qu'on y remédiât, si faire se pouvait, ou, dans le cas contraire, qu'on le débarrassât par l'amputation d'un membre à la fois inutile et source de douleurs.

Le 15 juillet, M. Rynd fit une incision longue de 4 pouces derrière le péroné, vis à vis de la difformité et selon l'axe dn membre; puis une autre semblable et parallèle fut pratiquée derrière le tibia. Elles furent réunies en bas par une troisième incision transversale. Le lambeau ainsi formé fut relevé de manière à mettre les os complétement à découvert dans le lieu de la difformité. Alors, avec une scie à chaîne passée successivement autour de chacun des os et très-près de leur surface, afin d'éviter les vaisseaux, on excisa d'abord du péroné, puis ensuite du tibia, un segment vertical comprenant la partie coudée à angle. On plaça enfin le membre droit, les bouts osseux étant affrontés, et le lambeau fut rabattu sur eux et maintenu par quelques points de suture. Une caisse, préparée à dessein, reçut le membre, et le malade resta au lit. Il n'y eut pas de vaisseau à lier. Les segments osseux reséqués avaient près de 2 centimètres de hauteur verticale.

Un érysipèle survenu le vingtième jour entraîna la mortification d'une portion du lambeau, et, par suite, l'exfoliation d'un petit disque du tibia à son extrémité reséqué. La fièvre hectique devint même tellement menaçante qu'on résolut, en consultation, de couper la jambe au malade. Cependant on temporisa encore sur sa demande, durant quelque temps; et l'emploi des toniques, l'usage des cordiaux et d'analeptiques ayant permis d'attendre jusqu'à la séparation de la pièce nécrosée, on put enlever celle-ci avec des pinces. Des granulations de bonne nature remplirent dès lors le fond de la plaie.

A partir de ce moment (5 octobre), les choses prirent une tournure plus favorable. Le membre tenu en repos se consolida peu à peu. Les parties semblèrent même se régénérer, puisque, lors de la guérison (20 mars), les deux jambes ne présentaient pas, dit l'auteur, la moindre différence de longueur.

---

51. *Cas de volumineux calcul secondaire de la prostate*; par M. Barker.

(Dublin medical Press.)

Malgré la simplicité extrême et de l'opération, et de ses suites, ce cas nous a paru offrir assez d'intérêt pour mériter une mention

succincte. Il est rare en effet d'observer des calculs prostatiques de ce volume.

Obs. — Un villageois, âgé de 26 ans, consulta M. Barker le 25 octobre 1843, se plaignant d'une rétention complète d'urine et d'une vive douleur au périnée. Il rapporta que, depuis l'âge de 4 ans, il avait souffert d'une incontinence d'urine qui l'éloignait de la société, mais il n'avait jamais eu jusque-là de rétention.

Le pénis était œdémateux et offrait, à 3 pouces de son extrémité, une petite ouverture fistuleuse par où suintaient quelques gouttes de pus. En pressant le périnée, rouge et tuméfié, on sentait une dureté profondément située, qui faisait entendre un peu de crépitation quand on essayait de la mouvoir. Le doigt introduit dans le rectum percevait la même sensation de crépitation, et reconnaissait aussi la présence d'un corps étranger dans la région prostatique. Un stylet engagé par la fistule de la verge ne parvenait pas jusqu'au calcul.

Le lendemain, 26 octobre, les téguments ayant été tendus en ce point, on fit sur le calcul une incision longitudinale, de 2 pouces, au devant de l'anus. Le calcul fut alors reconnu, et on le sépara des parties ambiantes avec l'instrument tranchant. Mais comme ses diverses portions étaient adhérentes entre elles, de manière à rendre impossible son extraction en masse, on leur imprima avec les doigts des mouvements de latéralité, afin de les détacher. Enfin, pour déloger celles qui résistaient à cette manœuvre, il fallut les pousser en dehors au moyen d'un doigt porté dans le rectum, tandis qu'on achevait de les entraîner avec des tenettes.

La plaie épongée, l'urine évacuée, on fit quelques points de suture entrecoupée pour rapprocher les bords de l'incision ; mais les jours suivants, l'urine sortit à travers ces lèvres et retarda leur réunion, qui fut ensuite aidée de nouveau par quelques points de suture entortillée.

L'urine reprit peu à peu son cours naturel. Cependant, le 16 novembre, le malade ne pouvait encore en retenir qu'une once dans la vessie.

La masse calculeuse, du poids total de 3 onces 4 drachmes et 1 grain, était composée de 29 petites pierres blanches offrant la couleur et la dureté de la porcelaine.

Le savant M. Golding Bird, auquel on avait envoyé un de ces calculs, affirma, avant même d'en connaître l'histoire, qu'il provenait de la prostate, vu que sa surface offrait l'aspect de cellules dans lesquelles il aurait été moulé, en les dilatant, et en

amincissant, puis détruisant leurs cloisons intermédiaires.

Analogue par sa composition chimique aux calculs qui se forment dans les autres glandes (salivaires, bronchiques, etc.), il contenait du phosphate de chaux et une proportion considérable de phosphate ammoniaco-magnésien.

---

52. *Moyen simple de parer à la rétention d'urine dans les maladies de la prostate ou de l'urèthre qui donnent lieu à une hémorrhagie*; par M. Bernard.

(Dublin medical Press.)

Lorsque la partie profonde de l'urèthre est occupée par des caillots de sang par suite d'une affection quelconque, soit de la muqueuse du canal, soit de la prostate, il se présente souvent pour le chirurgien une grande difficulté de remédier à la rétention d'urine qui vient compliquer cet état. Si en effet il emploie, pour arriver dans la vessie, une sonde d'argent, sa rigidité pourra empêcher de l'introduire à travers un canal enflammé. Si, au contraire, il se sert d'une sonde de gomme élastique, le sang qui y pénétrera, pendant qu'elle traverse l'urèthre, remplira sa cavité, et mettra par conséquent obstacle à ce qu'elle donne issue à l'urine.

On pourrait bien espérer de neutraliser ce dernier défaut en mettant un mandrin métallique dans la sonde élastique; mais de deux choses l'une : ou ce mandrin remplira toute sa cavité, et alors son volume lui donnera une inflexibilité qui reproduirait les inconvénients de l'algalie d'argent; ou bien il sera ténu, de manière à jouer dans la sonde, mais alors le sang pourra librement entrer dans celle-ci.

Dans un cas où cette difficulté avait créé un pressant danger, M. Bernard s'est bien trouvé d'introduire d'abord une petite sonde élastique, presque à frottement, dans une plus grosse. Lorsque l'instrument ainsi chargé et parfaitement flexible, malgré sa grosseur, a été arrivé dans la vessie, le chirurgien a retiré la sonde intérieure, et l'urine est sortie.

— Il est bon de rappeler, pour les cas où cette manœuvre serait impossible, que l'aspiration exercée avec une bonne seringue sur l'orifice extérieur de la sonde débarrasserait promptement celle-ci des caillots qui obstruent ses yeux, et la mettrait ainsi en état de conduire l'urine au dehors. C'est donc un procédé à conserver parallèlement à celui de M. Bernard, pour le remplacer ou pour le seconder selon les circonstances.

53. *Cas de hernie fémorale étranglée*; par M. Jameson.

(Dublin Médical Press.)

Obs. — Catherine Deery, âgée de 50 ans, portait depuis plusieurs années dans l'aine droite une tumeur qui avait déjà subi, un an auparavant, un étranglement passager, lorsque, le 12 septembre, la tumeur grossit tout d'un coup, des vomissements survinrent. L'examinant dix heures après l'accident, on trouva le pouls à 90, constipation, ventre tympanisé, mais sans douleur, face tranquille.

Une tumeur allongée transversalement, du volume d'un œuf d'oie, occupait l'aine droite à la place ordinaire des hernies fémorales. Elle paraissait avoir de profondes racines par sa base, mais n'était pas douloureuse et ne recevait pas l'impulsion des mouvements pour tousser. (*Bain chaud, sangsues, calomel, lavement avec le tube d'O'Beirne.*)

Le lendemain, 14, le tympanisme a augmenté, même symptômes, mais la tumeur est plus tendue. On opère à 8 heures du soir.

La première incision mit à découvert une masse de surface irrégulière et évidemment de nature glanduleuse; on la fendit transversalement jusqu'à un demi-pouce de profondeur, et l'on y trouva partout la même structure du tissu glandulaire. Dans la crainte qu'une portion d'intestin ne se cachât derrière cette partie, on disséqua soigneusement de bas en haut, puis on releva la tumeur dans ce dernier sens; la base du ligament de Gimbernat parut alors à nu, sans qu'on eût pu decouvrir la hernie. On fit encore tousser la malade, mais les doigts qui avaient saisi la tumeur n'en reçurent aucune impulsion. La plaie fut alors réunie par des bandelettes agglutinatives.

Les symptômes d'étranglement persistèrent, sauf de rares et courts intervalles; la malade s'affaiblit rapidement et mourut le 19, cinq jours après l'opération.

Autopsie faite trente heures après la mort. — L'intestin était partout distendu par des gaz; le gros intestin était vide d'autres matières, et l'intestin grêle contenait une grande quantité de liquide jaunâtre. Nulle apparence de péritonite.

En suivant l'intestin grêle vers la fosse iliaque droite on le trouve adhérent au côté interne de l'anneau crural; un examen attentif fit reconnaître une portion intestinale, égale au volume d'une plume, qui proéminait à travers cet anneau dans l'étendue de près d'un demi-pouce, et allait prendre adhérence avec les parties situées en dehors de l'ouverture.

Les parties mises à nu pendant l'opération offraient une couleur gangréneuse. En enlevant la masse de glandes dont il est question ci-dessus, on constata que l'intestin avait passé dans son centre. La portion herniée n'était pas égale à plus du huitième de l'intestin : elle était dans un état de gangrène commençante.

On a vu, par les détails dans lesquels nous venons d'entrer, toute la difficulté du diagnostic, même aidé de l'inspection directe et très-minutieuse que l'opération avait permise. Le chirurgien devait être d'autant plus porté à nier l'existence d'une hernie intestinale, que, malgré la présence des autres signes d'étranglement, il n'y avait eu, ni sensibilité du ventre, ni douleurs dans la tumeur.

Du reste, on doit regarder comme fort heureux, au point de vue scientifique, que l'autopsie ait éclairci ce mystère ; car il est très-probable que, si la femme avait vécu, l'intestin gangrené se serait ouvert, la petite perforation aurait été promptement fermée sans avoir livré passage à une quantité bien appréciable de matières fécales, et il serait sans doute resté dans l'esprit du chirurgien cette pensée, qu'il s'était agi ici d'un cas d'iléus ou d'intussusception guéri par les moyens employés.

---

54. *Sur le traitement de l'hydropisie de l'ovaire par l'opération ;* par M. Bainbrigge.

(London médical Gazette.)

Il ne s'agit ici ni de l'extirpation du kyste, ni de sa ligature, ni de l'irritation artificielle de sa surface interne, opérations dont la popularité semble maintenant arrivée, même en Angleterre, à la période de décroissance. M. Bainbrigge propose seulement de pratiquer au-dessous de l'ombilic une incision d'un pouce et demi environ de longueur, d'ouvrir le kyste et de le retenir au dehors fixé aux lèvres de l'incision. Le liquide s'écoule incessamment, et le kyste, qui revient aussi sur lui-même d'une manière lente et continue, finit le plus ordinairement par s'oblitérer.

Tout ce qu'il y a à faire après l'opération est d'introduire une tente de linge entre les bords de la plaie pour prévenir leur adhésion, et de pratiquer sur l'abdomen des fomentations chaudes. La présence de canules, conseillées par quelques médecins, risquerait de causer une inflammation dangereuse. Dans ces cas, l'auteur s'est bien trouvé de tenir le malade couché en pronation pour favoriser l'écoulement du liquide.

M. Bainbrigge s'appuie, pour prouver expérimentalement l'efficacité et l'innocuité de cette méthode, sur deux ordres de faits. Il en cite d'abord dix-huit, empruntés à divers praticiens,

où l'opération faite selon les règles ci-dessus a amené la cure radicale de kystes ovariques.

Il a réuni, en second lieu, dix-neuf observations de kystes, où une perforation s'est faite spontanément par l'ombilic, le vagin, l'intestin, la vessie ou le rectum. L'ouverture étant ensuite demeurée fistuleuse, le liquide s'est écoulé à mesure qu'il était sécrété dans la poche morbide, et l'oblitération définitive de celle-ci en a été la conséquence. Cette terminaison prouve effectivement, quoique obtenue par les seuls efforts de la nature, en faveur du procédé de M. Bainbrigge ; car elle peut très-légitimement être considérée comme produite dans les deux cas, en vertu des mêmes actes organiques.

---

55. *De la tumeur lymphatique du sein chez les femmes* ; par M. Coley.

(London médical Gazette.)

Bien que la maladie décrite dans cet article ait beaucoup de rapports avec celle que nous connaissons en France sous le nom de : *inflammation de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée de la mamelle*, il reste cependant à l'auteur anglais le mérite d'avoir tenté de localiser la lésion dans un tissu spécial. Mais, tout en tenant compte des lumières qui peuvent résulter de cette façon particulière d'envisager la question ; il ne faut pas oublier que les notions dont elle est le principe n'ont pas encore, à beaucoup près, un caractère de certitude qui puisse les faire accepter sans examen. Voici du reste la description générale de l'affection, telle que l'expose M. Coley.

Les vaisseaux absorbants de la partie supérieure du sein se rendant à l'aisselle sont sujets à une maladie caractérisée par une tuméfaction sensible, douloureuse et irritable, consistant en plusieurs indurations sous forme de cordes, disposées soit en traînées parallèles, soit en manière d'anastomoses.

D'autres parties du sein en sont parfois le siège, mais toujours ces lignes se dirigent vers l'aisselle. Une exploration superficielle peut exposer à les méconnaître ; mais on en constatera toujours l'existence en saisissant entre le pouce et le doigt la région où on les soupçonne. En cas d'irritation très-grande, les glandes lymphatiques axillaires et, quoique plus rarement, celles au-dessous de la clavicule deviennent engorgées ; cet engorgement disparaît ensuite aussitôt que la lésion des vaisseaux eux-mêmes a cessé. Quant à cette altération locale, elle s'évanouit ordinairement en entier, ou bien laisse à sa suite une in-

duration chronique causée par un dépôt de lymphe dans la membrane cellulaire.

La maladie attaque en général les femmes de 15 à 35 ans, et peut récidiver lorsque l'état de la constitution les y prédispose. Cet état est celui d'une émaciation plus ou moins prononcée, s'accompagnant d'aménorrhée ou dysménorrhée, avec débilité générale. Aussi les femmes chlorotiques et celles qui nourrissent y sont-elles plus sujettes. Les malades l'attribuent ordinairement à une violence extérieure ; mais les influences générales dont il vient d'être question en paraissent être réellement l'origine la plus fréquente.

Dans un cas où il put examiner l'utérus, M. Coley en trouva la partie postérieure très-congestionnée, et dans un autre, il y avait maladie de sa membrane muqueuse.

Le volume de la tumeur mammaire varie depuis celui d'une amande jusqu'à celui du pouce, et les douleurs qui en résultent ont un caractère intermittent.

Chez une malade qui voulut être débarrassée par l'extirpation d'une tumeur de ce genre, l'irritation s'était reproduite plusieurs fois ; on constata l'épaississement des parois des vaisseaux lymphatiques, *qui étaient confondus dans une portion de tissu cellulaire condensé.*

La durée du mal n'a rien de fixe. L'auteur l'a vu, sur une femme, revenir à mainte reprise pendant dix ans, et céder chaque fois au traitement approprié. Le plus souvent la tuméfaction et les douleurs augmentent à l'approche de la menstruation.

Lorsqu'on n'y apporte aucun remède, la tumeur lymphatique se termine parfois par de petits abcès, laissant à leur suite des ulcérations fistuleuses, sources d'incommodités multipliées et très-difficiles à fermer définitivement.

La minutieuse explication que nous avons donnée des caractères physiques offerts par cette lésion nous dispense de rien ajouter, quant à ce qui concerne son diagnostic.

Les évacuations sanguines locales et les émollients sont indiqués lorsque les souffrances offrent une intensité considérable. Cependant cette médication est en général inutile, parce que les douleurs sont plutôt de nature de celles qui accompagnent le rhumatisme ou la *phlegmatia dolens*. Quelques préparations ferrugineuses, une diète généreuse, un purgatif aloétique au besoin, amenderont les symptômes. Si l'allaitement ne faisait que d'être commencé, ou si la malade a déjà eu plusieurs enfants, elle devrait sevrer son nourrisson. On devra lui recommander l'exer-

cice en plein air, ainsi que d'éviter la fatigue et les émotions morales.

Par ces simples soins, la tumeur disparaîtra en quelques semaines, ou du moins la malade n'en ressentira plus aucune incommodité, à moins que l'état morbide de la constitution et le trouble des fonctions utérines ne persistent. Lorsque les abcès ou des ulcérations surviennent, il suffit, dit l'auteur, d'employer des cataplasmes résolutifs ou des pansements à l'eau froide fréquemment renouvelés.

Plusieurs observations particulières, sommairement rapportées, confirment les principes énoncés dans cette histoire générale.

---

56. *Observation d'empoisonnement par l'opium au moyen de 2 gouttes de laudanum chez un enfant* ; par le docteur G. King.

(Provincial medical journal.)

Le 15 octobre dernier, il y a eu à Bath une enquête sur la mort d'un enfant de cinq jours qui a succombé à un empoisonnement par l'opium, dans des circonstances assez remarquables. C'était un enfant très-bien constitué, auquel sa nourrice donna pendant la nuit 2 gouttes de laudanum pour calmer des coliques. Le lendemain matin, le docteur H. King fut appelé, et il trouva cet enfant mourant. Il essaya inutilement les affusions froides et ne put le ranimer. La mort eut lieu six heures après l'administration du laudanum. L'autopsie ne fit découvrir aucune espèce d'altération. Il fut constaté par l'enquête que le laudanum que l'on avait employé était depuis dix-huit mois dans une armoire. Tout fait croire que l'excipient s'était vaporisé, tandis que la substance narcotique s'était concentrée par le fait de l'évaporation.

---

57. *Trois observations d'empoisonnement par les sels de plomb* ; par les docteurs A. S. Taylor et Boudant.

(Guy's Hospital Reports.)

Obs. I. — Une femme de 27 ans, adonnée aux liqueurs fortes, et d'une vie très-irrégulière, entra à l'hôpital de Guy, le 22 avril 1846. Depuis cinq mois, elle n'était plus réglée, et depuis deux mois et demi, elle avait été prise de vomissements et de douleurs dans les membres, que l'on attribuait, dans son voisinage, à ce qu'elle avait pris quelque médicament abortif. A son entrée, elle présentait tous les symptômes d'une gastrite chronique, si ce n'est qu'elle avait, en même temps, une constipation très-rebelle, et un liséré bleu le long du bord des gencives. Le 26, on reconnut que la paralysie des extenseurs de l'avant-

bras était trè-prononcée. La malade succomba, après quelques convulsions épileptiformes, le 29 avril. — *Autopsie*. Epanchement séreux, abondant, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; sérosité dans les ventricules ; substance cérébrale pâle et décolorée. Membrane muqueuse de l'estomac épaisse et rugueuse ; membrane musculaire de cet organe hypertrophiée, surtout vers le pylore, qui était notablement rétréci ; resserrement et distension irrégulière du gros intestin, avec quelques plaques de congestion. Comme on soupçonnait que cette malade avait pris quelques préparations de plomb, le foie fut séché et incinéré ; et les cendres, ainsi obtenues, donnèrent, par divers traitements, une assez grande quantité de plomb.

Obs. II. — Une femme, âgée de 41 ans, entra à l'hôpital le 29 mai 1846 ; elle avait essayé de s'empoisonner pour cause de chagrins de famille, en avalant la valeur de 5 *pennys* de *sucre de plomb*, environ une demi-tasse, qu'elle avait fait dissoudre dans l'eau. Elle avait ressenti immédiatement une affreuse saveur métallique, avec une sensation de brûlure dans la bouche, la gorge et l'estomac. Un peu d'eau, qu'elle prit pour étancher sa soif, détermina des vomissements abondants. Deux heures après, elle fut conduite à l'hôpital, dans un état d'assoupissement et de stupeur. Elle était couverte de sueur ; elle accusait une douleur vive vers l'abdomen, des crampes dans les cuisses, et un brisement général. Les gencives, qui étaient sensibles au toucher présentaient, à leur collet, un liséré bleu très-apparent ; salivation abondante ; l'air expiré avait une odeur désagréable. (Vomitif et huile de ricin à l'intérieur.) Sous l'influence de ces agents, les accidents se calmèrent : il lui resta seulement, pendant plusieurs jours, des douleurs dans l'abdomen et quelques engourdissements, dans les membres. Les douleurs abdominales cédèrent à l'application de vingt sangsues au creux de l'estomac. Elle sortit guérie le 3 juin : chose d'autant plus extraordinaire, qu'elle avait avalé au moins 1 once 1/2 d'acétate de plomb.

Obs. III. — M. Boudant, appelé près d'un malade qui s'était laissé choir sous une voiture, chargea un commissionnaire de porter, en la demeure de ce malade, une potion calmante et un flacon d'acétate de plomb, renfermant 32 grammes de ce liquide. Par suite d'une erreur, l'acétate de plomb fut avalé ; et quand M. Boudant arriva près du malade, il le trouva souffrant beaucoup : Figure très-pâle, couverte de sueur ; respiration pénible ; voix faible ; envies de vomir ; chaleur âcre et violente ; douleur à l'épigastre, s'étendant jusqu'à la région du cœur, dont les battements étaient forts et inégaux ; soif vive ; chaleur âcre et brûlante

dans l'arrière-gorge; ventre manifestement rétracté, mais peu sensible à la pression. Ignorant l'erreur qui avait été commise, M. Boudant pratiqua une petite saignée, qui amena aussitôt du soulagement. Bientôt instruit de ce qui s'était passé, il examina la langue et la bouche, qui présentaient une couleur grisâtre parsemée de points blancs saillants, et qui était comme tannée. 10 centigrammes d'émétique déterminèrent des vomissements peu abondants. Cinq heures après l'administration du poison, l'état du malade n'avait pas notablement empiré (15 sangsues à l'épigastre; fomentations émollientes; le lendemain, un lavement purgatif; le troisième jour, un purgatif par la bouche). Dès ce moment, la rétraction du ventre diminua sensiblement. La soif persista quelques jours encore. Mais huit jours après, le malade ne se ressentait ni des accidents provoqués par l'acétate de plomb, ni de ceux causés par le passage de la roue de voiture.

Relativement à la dernière observation, c'est une circonstance bien remarquable que des accidents aussi peu prononcés à la suite d'un empoisonnement par 1 once d'acétate de plomb liquide, alors qu'on a vu des accidents mortels survenir après l'ingestion de quelques grammes seulement. Il est probable que, dans ce cas particulier, la plus grande quantité du sel toxique aura été décomposée dans l'estomac par les matières qui y étaient renfermées; et par conséquent, que l'absorption ne se sera exercée que sur une très-petite quantité de la substance vénéneuse.

---

58. *De l'inhalation des vapeurs d'éther sulfurique comme moyen curatif de quelques formes d'ophthalmie*; par M. Mackensie.

(London Médical Gazette.)

La nouvelle médication anesthésique a deux indications thérapeutiques distinctes : l'une d'empêcher la souffrance momentanée d'une opération, l'autre de détruire la douleur, symptôme permanent d'une maladie. Les sensations pénibles et la photophobie qui accompagnent certaines ophthalmies ne pouvaient pas manquer de devenir l'objet d'essais curatifs de ce genre. A l'exemple de M. Cunier, M. Mackensie a tenté fructueusement cette voie rationnelle. Il a appliqué l'éthérisme à l'ophthalmie scrofuleuse, à la cornéite, à l'ophthalmie sympathique, à la névralgie des branches de la cinquième paire et à l'asthénopie. Il y a eu constamment quelque avantage de gagné, mais principalement dans les trois espèces de lésion. Voici une observation qui servira à faire connaître la pratique de l'auteur dans son application et par ses résultats.

Obs. — Sarah Phillips, âgée de 14 ans, fut reçue à l'hôpital,

le 22 décembre 1846, pour une ophthalmie scrofuleuse datant de trois mois, accompagnée d'une grande intolérance pour la lumière. Le traitement mis en usage se composa d'ipécacuanha, de rhubarbe et d'émétique à l'intérieur ; à l'extérieur de sangsues, vésicatoires, onctions belladonées, collyre au nitrate d'argent. Malgré ces remèdes et nonobstant l'amélioration momentanée qu'ils produisirent, des rechutes, si fréquentes dans cette affection, se manifestèrent à diverses reprises. Le 6 mars, la photophobie était redevenue aussi intense que jamais.

Ce jour-là, on fit inspirer de l'éther pendant environ une minute et demie : aussitôt les muscles se relâchèrent et l'insensibilité se déclara. Les inhalations furent encore continuées pendant un laps de temps égal. — Lorsque la malade revint à elle, il fut évident, et elle le dit elle-même, qu'elle supportait mieux la lumière ; il lui fut possible de passer sans guide d'une pièce dans l'autre, circonstance d'autant plus frappante que, plusieurs jours auparavant, on avait été obligé de la conduire par la main. Elle resta environ une heure dans cet état à l'hôpital, puis en sortit, tenant les yeux ouverts, au grand étonnement de son guide.

Le 9, l'amélioration existait toujours. On cessa les purgatifs pour reprendre l'usage du sulfate de quinine (1 grain trois fois par jour).

Le 14, elle continuait à sortir et à marcher seule.

Le 25, on répéta l'inhalation éthérée.

La suite de l'observation nous apprend que cette malade fut ensuite atteinte de phthisie ; mais le bon état des yeux persista, et la photophobie ne reparut plus.

---

59. *Sur l'administration du mercure dans la syphilis* ; par M. Coote.

(The Lancet.)

M. Coote se range sans détour parmi ceux qui ne veulent pas du mercure dans le traitement des accidents vénériens primitifs, c'est-à-dire du chancre. Renonçant à essayer d'une démonstration théorique, toujours contestable et insuffisante, il aborde franchement le terrain de l'observation et prétend établir expérimentalement : 1° que le mercure, quoiqu'il guérisse certains symptômes secondaires, est absolument impuissant à détruire radicalement dans l'économie le virus vénérien ; 2° que, quand il a été administré inconsidérément durant le cours des accidents primitifs, il porte à la santé générale une atteinte telle, que les

phénomènes apparus ultérieurement prennent un caractère plus dangereux et plus réfractaire.

Pour justifier ces deux propositions, il a recueilli cinquante observations de maladies vénériennes constitutionnelles, dont il cite dans cet article les principales. Il déclare avoir tenu scrupuleusement compte de toutes les circonstances, interrogeant les sujets à plusieurs reprises, et prenant même, lorsque cela lui a paru nécessaire, des informations dans leur famille. Dans tous ces cas, les individus avaient pris du mercure sous diverses formes durant les symptômes primitifs, les uns discrètement et selon la direction d'un médecin éclairé ; d'autres aussi d'une manière rationnelle, mais pendant un laps de temps variant de deux à quatre mois ; enfin une autre catégorie sans autre règle que les conseils de l'empirisme et avec une profusion inconcevable de dose et de durée.

Dans tous les cas, malgré ce traitement mercuriel complet, les accidents constitutionnels n'ont pas laissé de se déclarer après un temps plus ou moins long. Il est remarquable que les exemples des lésions consécutives les plus graves se sont fait observer chez ceux qui avaient auparavant abusé du remède.

— Nous laissons au lecteur à juger jusqu'à quel point l'argumentation précédente prouve la première proposition de l'auteur sur « l'impuissance du mercure à chasser radicalement de l'organisme le principe syphilitique. » Selon nous, l'espèce de récidives, dont il s'est attaché à recueillir un si grand nombre d'exemples, n'est pas la mieux choisie pour prouver l'inefficacité du remède ; car le champ ne constitue point, tant s'en faut, une première atteinte de l'intoxication vénérienne curable par la médication générale. Ainsi le mercure n'ayant aucune influence sur la guérison de la syphilis primitive, on ne voit pas pourquoi l'on s'appuierait, pour accuser son pouvoir antisyphilitique d'insuffisance, sur un cas où ce pouvoir n'était pas en position de se manifester.

Les observations de M. Coote pourraient être considérées à un autre point de vue. De ces histoires si nombreuses résultera sans doute pour le lecteur cette présomption que le mercure ne prévient en aucune manière le développement des phénomènes consécutifs. Mais, bien que ce soit effectivement là notre conviction très-formelle, nous n'hésitons pas à avouer que la démonstration serait incomplète si elle ne reposait que sur de pareils éléments. Rien n'est plus facile en effet que de rassembler des cas de chancre traités par le mercure et suivis de syphilis secondaire : ces faits surgissent de toutes les cliniques, et les par-

tisans de la vertu préservatrice du mercure ne songent pas à les nier. Ce qu'il faut pour les réfuter, c'est une statistique *comparative* de laquelle il ressorte numériquement que les phénomènes constitutionnels se manifestent aussi souvent après un chancre traité par le mercure qu'après un chancre guéri sans mercure. Sur ce terrain, les armes sont sans doute plus difficiles à réunir, mais aussi le succès de la lutte serait bien autrement décisif que lorsqu'on se borne à colliger des faits, quelque nombreux qu'ils soient, d'un seul de ces deux ordres.

---

60. *D'une source d'erreurs dans la recherche du sucre dans les urines*; par M. G. Owen Rees.

(London Médical Gazette.)

On remit un jour à l'auteur un échantillon d'urine qu'on lui dit contenir une grande quantité d'albumine et de sucre. La présence du sucre notamment avait été constatée par plusieurs médecins. Cependant M. Owen Rees, quoique opérant sur le même échantillon que ces derniers, ne put mettre à nu que l'albumine et ne trouva pas un atome de sucre. Il s'informa alors du procédé suivi par les premiers expérimentateurs, et apprit qu'on avait fait bouillir l'urine dans un tube avec une solution de potasse caustique, ainsi que l'a proposé M. Moore; procédé excellent et qui avait toujours réussi entre les mains de M. Owen Rees lui-même. Mais ayant appris en même temps que la liqueur de potasse avait été conservée dans un vase de verre blanc, il soupçonna aussitôt que cette liqueur contenait du plomb et que la couleur brune observée dans le tube et attribuée à la présence du sucre tenait à la formation d'une certaine quantité de sulfure de plomb. Dans cette hypothèse, le plomb contenu dans la liqueur s'unirait au soufre de l'albumine pour former un sulfure, et l'on a vu que, en fait, l'urine dont il s'agit était albumineuse.

Pour résoudre la question, l'auteur soumit successivement à l'analyse, et la liqueur de potasse employée par lui, et celle qu'avaient mise en usage les premiers expérimentatenrs. Or la première ne donna aucun indice de la présence du plomb ; la seconde, au contraire, traitée par l'hydrosulfate d'ammoniaque, donna lieu à la formation d'une grande quantité de sulfure plombique noir.

En conséquence, l'autenr recommande aux praticiens et chimistes de ne jamais manquer au précepte de conserver la liqueur de potasse dans des vases de verre *vert*, lequel ne contient pas de plomb. Nous ne croyons pas que cette cause d'erreur, dans

la recherche du sucre des urines diabétiques, ait été signalée par personne, pas même par M. Mialhe, qui a proposé en France un procédé, à très-peu de chose près, semblable à celui de M. Moore.

MÉLANGES.

61 *De la fluxion de poitrine typhoïde, et de son traitement spécial par les révulsifs; pour servir à l'histoire des maladies épidémiques du midi de la France*; par le docteur MOURGUE.

(Journal de Médecine de Bordeaux, novembre 1847.)

La fluxion de poitrine typhoïde est une des grandes manifestations de la constitution médicale qui règne depuis plusieurs années dans le midi de la France, s'exerçant, sous l'influence des saisons froides et humides, sur les organes pulmonaires. Au moment où la maladie sévit dans les Cévennes, à la suite de la grippe et menace d'envahir d'autres contrées, il importe beaucoup aux praticiens de connaître cette maladie particulière, qui ressemble tant à la pneumonie, et qui en diffère essentiellement par sa nature et par le traitement spécial qu'elle réclame. Cette affection s'étant montrée ici sous forme épidémique, j'ai eu de nombreuses occasions de l'observer, et j'ai été assez heureux pour découvrir la méthode curative qui en triomphe le plus souvent. C'est le résultat de mes nombreuses observations que je leur offre aujourd'hui; puisse-t-il leur être de quelque utilité!

La fluxion de poitrine typhoïde, comme son nom l'indique, est une maladie essentiellement fluxionnaire, de nature asthénique, fixée sur les poumons. C'est une espèce de fièvre typhoïde dont le siége est dans la poitrine. Cette affection assez rare, apparaissant le plus souvent sous la forme épidémique ou endémique, a été peu connue jusqu'ici. On la trouve décrite dans les auteurs sous les noms de péripneumonie typhoïde, pneumonie maligne, putride, nerveuse, pestilentielle, pourprée, etc. Hippocrate avait bien remarqué la forme et la nature des crachats qui caractérisent cette maladie, mais il en avait méconnu l'élément fluxionnaire, et n'avait pu déterminer le traitement spécial qu'elle réclame. Depuis lors, beaucoup d'auteurs recommandables, parmi lesquels il suffit de citer Sthal, Huxham, Sarcone, Hoffman, Franck, etc., ont écrit sur la pneumonie typhoïde, sans en avoir beaucoup avancé la thérapeutique.

C'est dans les contrées froides et humides, dans les pays de montagnes, que la fluxion de poitrine typhoïde a sévi d'une manière spéciale. Plusieurs médecins m'ont assuré qu'elle est fort rare dans les plaines méridionales qui nous avoisinent.

Avant de tracer l'histoire de la maladie, je vais rapporter une observation qui la fera connaître, et simplifiera beaucoup ce que j'ai à dire à ce sujet.

Forme grave ; crachats spumeux, sanglants ; délire, etc. *Révulsifs, expectorants*, etc. — *Guérison.*

Obs. I. — Un ouvrier, âgé d'environ trente-cinq ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, s'exposa au froid ayant chaud, et contracta une fluxion de poitrine, caractérisée par une douleur au côté droit, les crachats sanglants, la dyspnée, la fièvre. Il se mit à la diète, but des tisanes pectorales, et appliqua quelques sangsues sur le point douloureux.

Je le vis le 4 octobre 1842, quatrième jour de la maladie. Il présentait tous les symptômes d'une pneumonie au premier degré; légère oppression, crachats rouillés, assez liés ; un peu de râle muqueux qu'on entend à distance ; légère matité en bas et à droite, sonorité bonne sur le reste de la poitrine, pouls régulier, chaleur douce. Le malade a sué à plusieurs reprises ; constipation, langue sale, céphalalgie, etc. — Diète, tisanes pectorales.

Le 5, il n'y a pas d'amélioration ; expectoration toujours sanglante et difficile ; même état saburral.

Mêmes moyens ; plus, 5 centigrammes de tartre stibié dans la tisane.

Le 6. L'émétique, au lieu d'agir comme expectorant, a porté son action sur le tube digestif et a produit deux selles bilieuses ; même état de la poitrine. — Diète, boissons pectorales.

Le 7. Les sueurs n'ont pas reparu, la peau est sèche, le pouls un peu fréquent ; diarrhée , céphalalgie ; le point de côté a reparu, les crachats sont sanglants, peu liés, redoublement fébrile tous les soirs. — Moutarde et sangsues sur le point douloureux, d'autres au cou.

Le 8. L'expectoration est plus difficile. Le râle muqueux, qu'on entend à *distance* et surtout pendant l'expiration, indique que la poitrine est engorgée par d'abondantes mucosités ; les crachats sont de mauvaise nature : examinés de près, ils ressemblent à une *mousse* jaunâtre et n'offrent aucune consistance ; sur le linge, ils ne laissent qu'une tache jaunâtre, large, diffuse et

sans aucun résidu. Le pouls est à quatre-vingt-quinze pulsations, faible, régulier; chaleur aride, urines rouges, selles bilieuses; grande faiblesse, désir d'aliments, sommeil agité. — Quelques cuillerées de bouillon maigre, sinapismes aux cuisses, un vésicatoire au bras, 1 décigramme d'ipécacuanha dans la tisane de bourrache.

Le 10. Moins de râle; crachats encore rouillés, mais plus consistants; peu d'oppression, pouls peu fréquent, chaleur toujours sèche, diarrhée; langue blanche, rêves paisibles. — Mêmes prescriptions.

Le 11. Nouvelle aggravation des symptômes sans cause connue. On soupçonne une infraction au régime, ou un refroidissement. Les crachats sont plus sanglants et moins liés, quoiqu'ils n'offrent pas l'aspect *spumeux* et diffluent décrit ci-dessus; le râle muqueux est plus prononcé. On observe toujours de la matité à droite et du râle sous-crépitant; la langue est sèche, sans doute à cause de la faiblesse, qui empêche le malade de tenir la bouche habituellement fermée, ou à cause de la fréquence de la respiration, les narines n'offrant pas un passage suffisant à l'air qui l'alimente. Les urines sont rouges; diarrhée bilieuse. De plus, délire continuel, fausses perceptions tenaces; néanmoins réponses justes sur certains points; coma vigil, soubresauts de tendons, stupeur, figure pâle; état qui doit tenir à la faiblesse, à la complication typhoïde, car il n'y a aucun signe de congestion ou d'inflammation cérébrale. — Sinapismes aux membres inférieurs, deux vésicatoires aux cuisses; 2 grains d'ipécacuanha dans la tisane.

Le 12. Amélioration manifeste. La peau a perdu sa sécheresse et se couvre d'une sueur abondante, évidemment critique; le pouls perd sa fréquence, les crachats sont blancs et épais comme dans le catarrhe, pas de râle muqueux, langue blanche et humide, diarrhée; urines claires.

Le 13. Pas de fièvre, pas d'oppression; crachats bons; suppression momentanée des urines, qui coulent abondamment par l'application d'un cataplasme de courges et de riz; langue blanche, peu d'appétit. — Potages, chicorée.

Dans la soirée du 22, et le malade étant toujours dans un état satisfaisant, sans fièvre, sans oppression, langue nettoyée, etc., il survint une éruption générale de sudamina, qui donna à la peau un aspect chagriné et fournit beaucoup de sérosité.

Le 24. L'appétit est bon, point de fièvre, les sudamina ont disparu; desquamation. Ce phénomène n'a point influencé la marche de la maladie. — Aliments croissants.

La convalescence est bien établie, la matité de la poitrine a disparu. Cet ouvrier reprend ses travaux au commencement de novembre.

Cette observation est précieuse en ce qu'elle permet de découvrir l'origine de la maladie, d'en suivre le développement, d'en apprécier la nature, et par conséquent d'en arrêter le véritable traitement.

Comme dans l'observation qui précède, la fluxion de poitrine typhoïde débute le plus souvent par une bronchite, une pneumonie ou une indigestion. Si dans cet état, le malade s'y trouvant prédisposé, il s'expose au refroidissement, commet une erreur dans le régime, etc., la maladie fluxionnaire se déclare. Ce n'est que dans les cas rares et exceptionnels qu'elle se manifeste d'emblée, avec tous les caractères qui lui sont propres.

Deux ordres de causes bien distinctes concourent à la production de la maladie, causes prédisposantes et déterminantes. Un état particulier et inconnu de l'atmosphère, tout ce qui affaiblit le corps, comme les excès vénériens, le travail excessif, une nourriture insuffisante, une maigreur considérable, paraissent prédisposer singulièrement à la maladie, et lui impriment son essence, sa nature particulière. Sa cause déterminante la plus puissante, la plus fréquente, consiste dans le refroidissement du corps, celui-ci étant en sueur, une transpiration arrêtée. En général, la maladie s'est manifestée chez les personnes faibles, maigres, ou épuisées par des excès, et c'est chez elles aussi qu'elle s'est montrée la plus meurtrière. Le petit nombre de personnes bien organisées, d'une forte constitution, chez lesquelles l'affection s'est montrée, prouve toute la puissance de la constitution médicale.

La même observation jette un grand jour sur la nature et le diagnostic différentiel de la maladie. Un grain de tartre stibié, donné à titre d'expectorant dans le cours d'une pneumonie épidémique, agit sur le tube intestinal et y fixe la fluxion, alors que l'état de constipation ne permettait pas de prévoir ce résultat. La sueur se supprime, la peau devient sèche, et la diarrhée s'établit (1). Les humeurs se dirigent de la surface du corps sur les parties inférieures ; aussi le râle devient manifeste, les crachats sanglants sont constitués uniquement par de la sérosité. La pneumonie est une fluxion *centripète* ; sa cause la plus ordinaire, la plus puissante (transpiration arrêtée), agit en re-

(1) Le tartre stibié n'a dû agir ici que comme cause déterminante, le sujet y étant prédisposé ; car, dans une foule de cas où la maladie fluxionnaire existait dans toute sa force, une pareille cause n'a pu être invoquée.

foulant sur les poumons les fluides qui s'évaporaient à la surface du corps ; aussi est-ce par la sueur, crise ordinaire et la plus efficace de ces maladies, que s'opère la guérison. Et cette crise est une fluxion *centrifuge*, l'inverse de la précédente ; et c'est dans le sens de cette crise que l'art, qui n'est qu'une imitation de la nature, doit diriger ses ressources thérapeutiques. Deux indications formelles se présentent : révulser au loin, sur la surface cutanée, ces liquides qui se dirigent sur les poumons, au moyen des sinapismes, des vésicatoires, des sudorifiques, et favoriser l'expulsion de ces fluides extravasés dans les bronches, par les expectorants et les vomitifs. L'amélioration la plus sensible suivit l'emploi de ces moyens : une sueur vaporeuse inonda le malade ; le râle disparut, les crachats blanchirent, la diarrhée et la fièvre cessèrent.

La nature fluxionnaire de la maladie est suffisamment prouvée, je pense, par la manière dont elle s'est développée, et surtout par la nature des remèdes qui l'ont si heureusement enrayée. Le caractère particulier des crachats confirme encore le même fait; ils n'ont pas la consistance de ceux du catarrhe ou de la pneumonie, qui sont le résultat d'une sécrétion, le produit de l'inflammation : ils sont fluides, et semblent formés d'une *sérosité qui transsude abondamment des tissus*. La fluxion diffère de l'inflammation en ce que les humeurs qui la constituent engouent l'organe sans en altérer la texture, comme cela a lieu dans les phlegmasies. Voilà pourquoi les révulsifs peuvent la détruire, en dirigeant sur d'autres points les fluides. La fluxion de poitrine est, si l'on veut, une inflammation avortée, une pneumonie arrêtée, dans son évolution, à la période congestionnaire. La faiblesse, et surtout un état particulier et inconnu de l'atmosphère, lui communiquent, comme nous l'avons dit, ce fâcheux caractère.

J'appelle l'attention des praticiens sur ces *crachats spumeux*, *qui caractérisent la fluxion pulmonaire typhoïde*, et dont la valeur séméiotique semble avoir été méconnue. Ils sont d'autant plus importants, qu'ils permettent, à eux seuls, de reconnaître une maladie grave, qui réclame un traitement spécial, alors que les autres symptômes, tels que le râle muqueux, la matité, le point pleurétique, etc., manquent entièrement, comme on en verra plusieurs exemples. Examinés au moment où ils sont expectorés, ils sont arrondis, limités, et ressemblent, pour la couleur, tantôt à ceux de la pneumonie, tantôt à ceux du catarrhe, avec lesquels un observateur inattentif pourrait les confondre. Vus de près, ils sont composés d'une infinité de petites *vésicules* comme dans la

mousse fine. Les vésicules sont petites et égales, ce qui les distingue de la salive, qui d'ailleurs ne tache ni empèse le linge. Cet état *spumeux* et l'absence de fétidité les éloigne des crachats *jus de pruneaux*, propres à la gangrène pulmonaire (1). Comme ils ne sont formés que par de la mucosité battue par l'air dans l'acte de la respiration, au bout de quelques instants les bulles crèvent, l'humeur imprègne le linge et y forme une *tache* diversement colorée, à bords tranchés, s'étendant au loin sur le linge qu'elle empèse et où elle ne laisse aucun résidu. Une *tache colorée*, ce qui indique du sang en dissolution dans la mucosité, caractérise les crachats typhoïdes.

Dans les maladies de poitrine, l'étude des crachats est d'une grande importance, et peut-être trop négligée; elle nous fournit pourtant de précieux documents pour apprécier la nature de l'affection et son degré d'intensité, ce qui ne doit pourtant pas faire négliger ceux donnés par l'auscultation, la percussion et l'état général (2). Au point de vue pratique et sous le rapport de leur consistance, je les divise en trois catégories. Dans la première se rangent les crachats *spumeux*, qui caractérisent la fluxion typhoïde intense; ils présentent plusieurs variétés, selon la couleur blanche, rousse, ou sanglante, de la tache. Dans la seconde se trouvent les crachats *mixtes*, composés de sérosité à la circonférence, et d'un résidu consistant au centre; ils peuvent offrir les mêmes nuances de couleur que les précédents, et correspondent à un degré moins avancé de la maladie. Enfin, ceux de la troisième espèce sont *consistants*; ils sont visqueux et sanglants dans la pneumonie, blanchâtres, opaques dans le catarrhe chronique, et purulents dans la phthisie. Pour apprécier la consistance des crachats, il faut tenir compte de la nature et de la finesse des tissus qui les reçoivent. Le linge en coton, fin, usé, s'imprègne mieux que tout autre. La consistance des crachats est dans un rapport direct avec la nature de la maladie. Enfin, il ne faut pas négliger de s'assurer de leur origine. Il est connu de tout le monde que, dans l'angine aiguë ou chronique, on observe, à s'y méprendre, toutes les variétés des crachats de la bronchite et de la pneumonie.

Au point de vue de la thérapeutique, on peut diviser les râles

(1) D'après ce qui précède, je suis fondé à penser que la plupart des cas de gangrène pulmonaire relatés par les auteurs se rapportent à cette maladie fluxionnaire.

(2) En effet, l'expectoration fait connaître la nature des fluides dont l'auscultation et la percussion révèlent l'existence, et elle peut ainsi aider à décider si le râle qu'on observe appartient à la pneumonie, à l'œdème, à la bronchite, ou à une vomique.

que produisent les crachats, en secs et humides. Dans la première catégorie se placent le râle sibilant et ses nombreuses variétés ; ils indiquent un boursoufflement de la muqueuse, par suite de laquelle la capacité des tuyaux bronchiques se trouve diminuée ; l'air n'y pénètre qu'avec peine et en produisant un sifflement particulier. Ils ne s'accompagnent pas ordinairement de matité, et demandent, quand l'état général le permet, la saignée, qui diminue considérablement la dyspnée. Les râles muqueux, humides, qui constituent la seconde espèce, se divisent en râle crépitant, sous-crépitant, et muqueux à grosses et petites bulles. Ces divers râles sont formés par les mucosités épanchées dans les ramifications bronchiques, et que l'air met en mouvement dans l'acte respiratoire ; ils ne sont que des produits variés du même phénomène morbide. Ce qui me confirme dans cette idée, c'est que le râle crépitant accompagne le premier degré de la pneumonie, qui n'est qu'un engouement, une fluxion. De plus, dans le catarrhe pulmonaire chronique, dans l'œdème de poitrine, compagne inséparable de l'hydropisie avancée, essentielle ou symptômatique, j'ai souvent remarqué, en bas de la poitrine, le râle crépitant ou sous-crépitant. Quoi qu'il en soit, le râle muqueux à grosses bulles, celui qu'on entend à *distance*, indique la présence dans les bronches d'une quantité d'humeurs qu'il importe d'évacuer par les expectorants et les révulsifs. Quand la maladie offre le caractère typhoïde qui nous occupe, il est convenable, ainsi qu'on l'enseigne à Montpellier, de placer d'abord les révulsifs loin de l'organe malade ; plus tard, on les mettra avec avantage à la face interne des bras et même sur la poitrine. Le râle muqueux à distance indique, en général, une grande faiblesse, un défaut de contractilité bronchique ; il contre-indique formellement la saignée, et demande souvent qu'on soutienne ou qu'on augmente les forces du malade. Les maladies irritantes, comme la diarrhée, le choléra, la suette, sont très-débilitantes par la soustraction subite et considérable d'humeurs qu'éprouve l'économie. Dans la fluxion de poitrine typhoïde, comme nous le verrons plus loin, la mort arrive plus souvent par les progrès de la faiblesse, par un véritable épuisement de l'influx vital, que par l'asphyxie ou par désorganisation du poumon.

Le siége de la maladie est intimement lié à sa nature fluxionnaire et asthénique. C'est une pneumonie hypostatique, formée, le plus souvent, sous l'influence des lois physiques de la pesanteur ; aussi les lésions anatomiques qui la constituent se rencontrent, dans l'immense majorité des cas, à la partie inférieure et postérieure du poumon droit. La position du malade,

qui se couche ordinairement sur le dos ou sur le côté droit, explique ce phénomène. Dans beaucoup de cas, les lésions anatomiques ne peuvent être déterminées, les malades n'éprouvant pas de piqûre, et n'offrant aucune matité sur la poitrine.

Le pronostic de la maladie varie selon une foule de circonstances relatives à l'intensité, à la nature de la maladie, à l'âge, à la constitution du malade, et surtout selon le traitement mis en usage. Nous avons déjà dit que les personnes maigres, épuisées, avaient beaucoup plus à souffrir : pour la même raison les personnes avancées en âge courent de grands dangers. La mort qui frappe les vieillards revêt souvent cette forme, que nous n'avons pas rencontrée sur les enfants. C'est dans le traitement de la fluxion de poitrine typhoïde que l'art développe toute sa puissance. Cette affection, abandonnée à elle-même, a été très-souvent mortelle vers le neuvième jour, par l'extinction graduelle des forces ou par une espèce d'asphyxie. Quand les moyens convenables ont été mis en usage dans le principe, la guérison a lieu le plus souvent. C'est encore vers le septième ou le neuvième jour, quelquefois au quatrième ou vers le quatorzième, qu'elle arrive, et cela ordinairement à la faveur d'une crise. Nous avons vu qu'elle a lieu le plus souvent par une abondante diaphorèse ; quelquefois la crise s'est faite par les urines, qui sont alors sédimenteuses, ou par une éruption abondante de sudamina (1). Parfois la guérison vient plus tard et d'une manière insensible, surtout quand la maladie se complique de la fièvre typhoïde, ou se transforme en cette affection, dont le siége se porte alors dans les voies digestives.

Le traitement doit être approprié à la nature éminemment fluxionnaire et asthénique de la maladie ; aussi se compose-t-il spécialement des révulsifs, des expectorants et des analeptiques. En conséquence, le traitement antiphlogistique n'a été mis en usage que dans un petit nombre de cas, et encore avec prudence. Toutefois on y a eu recours, au début, quand il n'a pas été contre-indiqué par les râles muqueux ou par la faiblesse ; il favo-

(1) Je ne partage pas l'opinion des auteurs sur le danger des *sudamina* dans les fièvres longues, d'après l'observation et l'analyse raisonnée de ce symptôme. Ce sont des vésicules formées par des gouttelettes de sueur qui soulèvent l'épiderme au momont où il va tomber. Aussi les sudamina ne se montrent que vers la fin des fièvres graves, avant la desquamation, et sont l'expression d'une fluxion périphérique qui, maintenue dans de justes limites, est souvent avantageuse. La desquamation elle-même est du plus favorable augure, et il est rare que les personnes chez lesquelles elle se manifeste ne guérissent pas, s'il ne survient pas d'autres complications. Ce travail régénérateur ne s'observe presque jamais dans les fièvres lentes et mortelles, comme la phthisie, etc.

risait alors la diaphorèse et assurait le succès des révulsifs. La saignée produit souvent une détente favorable. C'est dans les phlegmasies aiguës des organes pulmonaires que le succès des émissions sanguines est assuré. Je le répète, il faut y recourir toutes les fois que c'est possible; mais la maladie offre rarement le caractère inflammatoire, et ne comporte guère d'abandantes émissions sanguines. La méthode des saignées coup sur coup, appliquée avec tant de bonheur par M. Bouillaud au traitement du rhumatisme et de la pneumonie, n'est pas ici praticable. Dans beaucoup de cas, où il y avait piqûre, crachats sanglants, matité, etc., la guérison a été obtenue sans verser une goutte de sang. Quand la saignée a été nécessaire, très-rarement a-t-elle été renouvelée, alors même que le sang offrait un caillot ferme, avec couenne, une sueur critique jugeant la maladie. L'état de mariage, à cause des excès vénériens qui en sont si souvent la conséquence; la température élevée des pays méridionaux; la condition de travail, de fatigue, de misère, où se trouvent souvent les malades civils, n'expliquent-ils pas suffisamment pourquoi ils ne supportent point les abondantes émissions sanguines qui réussissent si bien à l'hôpital de la Charité?

Le râle muqueux à *distance* et les crachats *spumeux*, qui caractérisent l'état prononcé de la maladie, contre-indiquent formellement la saignée, qui pourrait être mortelle, et demandent au contraire des révulsifs énergiques et des expectorants. On les applique avec le plus grand succès sur les membres inférieurs. Le lieu d'élection pour les vésicatoires est à la partie interne des cuisses. Appliqués à temps, ils déterminent souvent une sueur critique et amènent une prompte guérison. Il faut y recourir toutes les fois que, dans le cours d'une pneumonie épidémique, il survient quelque symptôme insolite que n'expliqueraient pas les progrès de la phlegmasie pulmonaire et qui se rattacherait à la fièvre typhoïde, tel que le râle muqueux, la diffluence des crachats, le délire tranquille, etc. De légers analeptiques ont, en pareille circonstance, amélioré l'état du malade, en relevant ses forces. Ces moyens sont encore les seuls à mettre en usage quand le malade épuisé offre une grande fréquence du pouls. La fréquence excessive du pouls, dans les maladies en général, et dans la fluxion de poitrine en particulier, est d'un fâcheux augure : elle indique l'appauvrissement du sang, une grave lésion de l'innervation, et une impression profonde de l'économie sous l'influence des lésions locales.

Pour compléter l'histoire de cette singulière maladie, je vais rapporter quelques observations où trouveront place plu-

sieurs faits pratiques qui n'ont pu entrer dans ces généralités.

Fluxion de poitrine grave; crachats sanglants pumeux[1]; *râle muqueux, etc. — Traitement révulsif suivi de guérison.*

Obs. II. — Mlle Verd., encore réglée, d'une faible constitution, très-sujette aux affections catarrhales, naturellement oppressée, portant un cautère, était indisposée depuis quelques jours. Le 9 mai 1843, elle tousse, crache péniblement.

Le 11. Elle offre l'état suivant : oppression excessive, orthopnée, vive agitation, anxiété, figure vivement injectée, toux incommode, expectoration difficile, râle humide à distance pendant l'expiration; battements du cœur très-forts, pouls fréquent, langue sale. — Sinapismes aux mollets, tisane de gomme et de bourrache, une cuillerée par heure de la potion suivante :

℞ Infusion de bourrache.		90 grammes.
Ipécacuanha en poudre.		1 décigramme.
Sirop de Tolu. . . .	} ââ. . . .	20 grammes.
— de bourrache. .		
Mêlez.		

Ces moyens amènent promptement la transpiration et l'expectoration; les crachats sont comme de la *mousse* grisâtre, ne laissant qu'une *tache* rousse, diffuse, sans résidu. — Le soir, deux vésicatoires aux cuisses; ajouter à la potion expectorale (1) 5 centigrammes de kermès et 30 grammes d'oxymel scillitique.

Le 12. Amendement. Les crachats sont abondants et ont changé de nature; ils sont rougeâtres, comme dans la pneumonie, mais peu consistants; la tache qu'ils laissent sur le linge offre au milieu un résidu épais.

Les sueurs ont continué d'être abondantes, les crachats ont pris de plus en plus de la consistance et sont devenues blanchâtres; les râles deviennent secs et sibilants. Il survient alors des signes d'irritation intestinale; soif, aphtes dans la bouche, puis rougeur de la langue; fièvre, etc. Symptômes de la fièvre muqueuse de Rœderer, contre lesquels on opposa, avec succès, quelques sangsues aux cuisses, la diète, des adoucissants.

Le 24, la convalescence était assurée.

Cette demoiselle est morte en 1847 d'une fluxion de poitrine (typhoïde foudroyante).

Les faits suivants démontrent toute la gravité de la maladie abandonnée à elle même.

(1) Cette potion ayant été employée dans tous les cas où il était nécessaire de favoriser l'expectoration, avec quelques variations insignifiantes et sans kermès, il sera inutile, à l'avenir, d'en renouveler la composition.

Fluxion de poitrine typhoïde grave, avec délire, crachats sanglants, spumeux. — Traitement révulsif, tardif et inutile.

Obs. III. — Combet, de Saumane, âgé de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, fit un voyage à pied le 28 février, et but de l'eau froide ayant chaud. Bientôt il éprouva des frissons, de la toux, des piqûres aux mamelles, et cracha du sang. Les premiers jours il sua et délira.

Je le vis le 5 mars, sixième jour de la maladie, qu'on considérait comme une aliénation mentale, tant l'individu délirait. Sa figure était calme; pouls sans fréquence, chaleur naturelle. En fixant son attention, cet homme répondait juste ; livré à lui-même, il délirait continuellement, chantait, criait, sortait du lit. La poitrine paraissait en bon état ; pas d'oppression, pas de râle muqueux ni de matité. Je portai un pronostic bien plus fâcheux en considérant les crachats qui étaient *spumeux*, grisâtres, et décelaient une fluxion de poitrine typhoïde au plus haut degré. En effet, le malade mourut dans la nuit, malgré les moyens convenables mis en usage : sinapismes, vésicatoires, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 188e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME IV. — AVRIL 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Quelques mots sur l'affection épidémique observée à Nieuport pendant les mois d'août et de septembre derniers ; par M. *Pontus*. 217

Observation d'un cas de fracture comminutive des os de la jambe. — Application immédiate de l'appareil amidonné. Guérison complète et sans difformités en 60 jours ; par le docteur *De Jumné*. 227

De l'emploi de la gutta percha dans le traitement des fractures ; par *E. Henrotay*. 228

Rapports semestriels des hôpitaux et infirmeries. 235

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 26 février 1848. 245

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de février 1848. 276

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Observation d'un érysipèle très-intense chez un enfant de neuf jours, suivi de guérison, avec des remarques sur l'emploi de la belladonne dans le traitement de cette maladie ; par *P. Yvaren*. 1

2. De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire ; par M. le professeur *Forget*. (*Suite* et *fin*.) 13

3. De la cachexie paludéenne et de son traitement ; par le docteur *Duclos*. 22

3*bis*. Traitement de l'épilepsie ; par M. *Delasiauve*. (*Suite* et *fin*.) 31

4. Du cathétérisme dans le traitement de la dysphagie causée par un rétrécissement simple de l'œsophage ; par M. *A. Trousseau*. 53

5. Observation d'hépatisation grise de trois lobes du poumon droit, compliquée d'une dilatation des quatre cavités du cœur, avec hypertrophie des parois du ventricule droit, et de l'existence d'un vaste kyste développé dans le foie, contenant cent vers acéphalocystes de volume variable, terminée par la mort ; communiquée par *A. Toulmouche*. 60

6. Mémoire sur l'iléus ou volvulus ; par M. *Caytan*. 65

26. Observation d'hémorrhagie de la protubérance cérébrale avec ramollissement ; par le docteur *W. B. Herapath*. 237

27. Observation d'une tumeur chez un homme affecté de cancer du pénis et du cœur ; par le docteur *Francis*. 238

28. Observation de maladie et de rupture de la valvule mitrale ; par le docteur *William*. 239

29. Observation de cancer de l'œsophage communiquant avec l'aorte ; par le professeur *Pfeufer*. 239

30. Observation de cancer du médiastin avec oblitération de la veine cave supérieure et diathèse cancéreuse ; par le docteur *J.-H. Little*. 240

31. Observation de cancer du rein chez un enfant ; par le docteur *Obre*. 241

32. Observation d'étranglement intestinal causé par la présence d'une rate supplémentaire dans le grand épiploon ; par le docteur *W.-H. Bainbrigge*. 242

33. Observation d'étranglement intestinal causée par le déplacement de la rate et du pancréas ; par le docteur *E. Alonso.* 243
34. Ulcérations de la vésicule biliaire ; par le docteur *Jenner.* 244
35. Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille ; par le docteur *Wilde.* 245
36. Affections inflammatoires de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne ; par M. *Wilde.* 246
THÉRAPEUTIQUE. — 7. Essence de térébenthine à haute dose dans le traitement du purpura hœmorrhagica. 71
8. Traitement des ulcères par l'emploi du tartrate de fer et de potasse. 72
9. Lotion contre la gale. 72
10. De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques ; par le docteur *E. Hervieux.* 73
42. Sur les effets thérapeutiques de l'application externe de l'aconit napel ; par M. *Grantham.* 258

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 11. Mémoire sur le traitement de l'anasarque qui survient pendant la grossesse, et de l'éclampsie qui en est la suite ; par M. *Miquel.* 87
12. Recherches sur la cause excitante de la parturition ; par M. *Syler-Smith.* 98
45. Troubles du système nerveux dans l'albuminurie des femmes enceintes ; par le professeur *Simpson.* 261
46. Cas d'accouchement à un âge avancé ; par M. *Davies.* 262
MALADIE DES FEMMES. — 13. Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes ; par le docteur *C. Devilliers.* (*Suite.*) 109
39. Sur l'inflammation et l'ulcération du col utérin chez les femmes vierges ; par M. *Henry Bennett.* 254
54. Sur le traitement de l'hydropisie de l'ovaire par l'opération ; par M. *Bainbrigge.* 271
55. De la tumeur lymphatique du sein chez les femmes ; par M. *Coley.* 272
MALADIES DES ENFANTS. — 14. Des affections du larynx dans l'enfance ; leur diagnostic différentiel et leur traitement ; par *A. F.* 119
37. De la convenance et de l'utilité pratique qu'il y a à classer la coqueluche parmi les exanthèmes, avec une nouvelle théorie de cette maladie ; par M. *Duncan.* 249
38. Sur l'impétigo capitis ou croûte lactée des enfants ; par M. *F. Richardson.* 253

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire : par *L. Gosselin.* (*Suite* et *fin.*) 131
16. Leçons sur les blessures par armes à feu. (*Suite.*) 135
17. Note sur les indications de l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées ; par M. *Michel Guyton.* 140
40. De l'opium dans la hernie étranglée ; par M. *Arthurstown.* 257
41. Moyen de prévenir l'infection à la suite des piqûres anatomiques ; par M. *Hargrave.* 257
43. Sur l'usage et l'abus des cautères dans le traitement des maladies des jointures, et mode plus efficace pour les employer ; par M. *Brownless.* 258
47. Observation de spina bifida, avec fissure de l'os occipital et absence des lames postérieures de l'atlas et de l'axis ; par le docteur *C. Pooley.* 263
48. Polype de l'œsophage ; observé par le docteur *R. Arrowmsith.* 264
49. Observations de guérison de fractures non consolidées ; par M. *Rynd.* 265
50. Fracture de la jambe vicieusement réunie ; résection des os ; guérison parfaite sans difformité. 266
51. Cas de volumineux calcul secondaire de la prostate ; par M. *Baker.* 267

52. Moyen simple de parer à la rétention d'urine dans les maladies de la prostate ou de l'urèthre qui donnent lieu à une hémorrhagie; par M. *Bernard*. 269
53. Cas de hernie fémorale étranglée; par M. *Jameson*. 270
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 18. Note sur la compression de la carotide, comme moyen d'arrêter l'hémorrhagie consécutive à la résection des amygdales; par M. *J. Gensoul*. 149
19. Quelques réflexions sur la manière d'extraire le sang coagulé dans la vessie; par M. le docteur *Auguste Mercier*. 150
20. Sur une opération de trépan, pratiquée pour une suppuration aiguë à l'intérieur du crâne, et sur la vanité des indications dans les cas de ce genre; par M. *Malgaigne*. 152
21. Mémoire sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations; par M. *Bonnet*. (*Suite* et *fin*.) 161
OPHTHALMOLOGIE. — 22. Mémoire sur un nouveau procédé de traitement de la fistule lacrymale; par le docteur *Reybard*. 172
23. Fistule du conduit lacrymal inférieur consécutive à un abcès de la paupière; traitement par le cautère actuel; guérison; par le docteur *Tavignot*. 184
58. De l'inhalation des vapeurs d'éther sulfurique comme moyen curatif de quelques formes d'ophthalmie; par M. *Mackensie*. 276

XII. GÉNÉRALITÉS.

24. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules; par *A. Legrand*. (*Suite*.) 187
25. Mémoire sur la localisation des maladies cutanées; par *C. Baron*. (*Suite*.) 204

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 10, 17 et 24 avril, 1er, 8 mai. — Moyen de faire disparaître les taches de la peau par le tatouage. 218. — Altération du pain de munition par l'oïdium aurantiacum. — Fabrication du blanc de plomb. 219. — Rôle du poumon dans la circulation du sang. 220. — Instrument pour l'extraction des corps étrangers dans le conduit auditif externe. 221.—Influence des courants galvaniques sur la circulation et sur les grandes fonctions de l'économie. 222. —Haschisch. 224. —Procédé pour l'amputation de l'ongle incarné 225.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 11, 18 et 29 avril, 2, 9 mai. — Nouvel instrument pour pratiquer la crâniotomie fœtale. 226. — Recherches sur les purgatifs. 228. -- Acclimatement de la population française en Algérie. 229. — Etiologie de la tuberculisation. — Deux cas de chorée scrofuleuse traitée avec succès par l'iodure de potassium. 231. — Influence du régime pénitentiaire sur la folie. 232.—De la congestion générale considérée dans ses rapports avec l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau. 234. — Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de l'aliénation mentale. —Proposition d'enquête sur le traitement de la fièvre typhoïde. 235.

MÉLANGES.

44. Sur l'application du trépan au traitement de l'aliénation mentale résultant d'un enfoncement du crâne; par M. *Lockhart Roberston*. 260
56. Observation d'empoisonnement par l'opium au moyen de 2 gouttes de laudanum chez un enfant; par le docteur *G. King*. 274
57. Trois observations d'empoisonnement par les sels de plomb; par les docteurs *A. S. Taylor* et *Boudant*. 274
59. Sur l'administration du mercure dans la syphilis; par M. *Coote*. 277
60. D'une source d'erreurs dans la recherche du sucre dans les urines; par M. *G. Owen Rees*. 279
61. De la fluxion de poitrine typhoïde, et de son traitement spécial par les révulsifs, pour servir à l'histoire des maladies épidémiques du midi de la France; par le docteur *Mourgue*. 280

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 188e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME IV. — AVRIL 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (mars 1848).

Duclos. De la cachexie paludéenne et de son traitement. 22

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (février et avril 1848).

Hervieux (E.). De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques. 73
Devilliers (C.). Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes. 109
Gosselin (L.). Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire. 131

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (mars 1848).

Forget. De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire. 13
Delasiauve. Traitement de l'épilepsie. 31
Bonnet. Mémoire sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations. 161

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 17, 18, 21 ; 1848).

Toulmouche (A.). Observation d'hépatisation grise de trois lobes du poumon droit, compliquée d'une dilatation des quatre cavités du cœur, avec hypertrophie des parois du ventricule droit, et de l'existence d'un vaste kyste développé dans le foie, contenant cent vers acéphalocystes de volume variable, terminée par la mort. 60
Essence de térébenthine à haute dose dans le traitement du purpura hœmorrhagica. 17
Traitement des ulcères par l'emploi du tartrate de fer et de potasse. 72
Lotion contre la gale. 72
Mercier (Auguste). Quelques réflexions sur la manière d'extraire le sang coagulé dans la vessie. 150
Tavignot. Fistule du conduit lacrymal inférieur consécutive à un abcès de la paupière ; traitement par le cautère actuel ; guérison. 184
Baron (C.). Mémoire sur la localisation des maladies cutanées. 204
Guyton (Michel). Note sur les indications de l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées. 140

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 29, 31 ; 1848).

Leçons sur les blessures par armes à feu. 135

REVUE MÉD. FRANC. ET ÉTR. (février 1848).

Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 187

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (mars et avril 1848).

Yvaren (P.). Observation d'un érysipèle très-intense chez un enfant de neuf jours, suivi de guérison, avec des remarques sur l'emploi de la belladonne dans le traitement de cette maladie. 1
Trousseau (A.). Du cathétérisme dans le traitement de la dysphagie causée par un rétrécissement simple de l'œsophage. 53
Caytan. Mémoire sur l'iléus ou volvulus. 65
Miquet. Mémoire sur le traitement de l'anasarque qui survient pendant la grossesse, et de l'éclampsie qui en est la suite. 87
Gensoul (J.). Note sur la compression de la carotide, comme moyen d'arrêter l'hémorrhagie consécutive à la résection des amygdales. 149
Malgaigne. Sur une opération de trépan, pratiquée pour une suppuration aiguë à l'intérieur du crâne, et sur la vanité des indications dans les cas de ce genre. 152
Reybard. Mémoire sur un nouveau procédé de traitement de la fistule lacrymale. 172

UNION MÉDICALE (Nos 54, 56, 57, 79, 60 ; 1848).

Smith (Syler). Recherches sur la cause excitante de la parturition. 98
A. F. Des affections du larynx dans l'enfance ; leur diagnostic différentiel et leur traitement. 119

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (novembre 1847).

Mourgue. De la fluxion de poitrine typhoïde, et de son traitement spécial par les révulsifs, pour servir à l'histoire des maladies épidémiques du midi de la France. 280

JOURNAUX ANGLAIS ET IRLANDAIS.

DUBLIN QUARTELY JOURNAL OF MED.

Wilde. Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille. 245
Wilde. Affections inflammatoires de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne. 246
Duncan. De la convenance et de l'utilité pratique qu'il y a à classer la coqueluche parmi les exanthèmes, avec une nouvelle théorie de cette maladie. 249
Arthurstown. De l'opium dans la hernie étranglée. 257
Hargrave. Moyen de prévenir l'infection à la suite des piqûres anatomiques. 257
Rynd. Observations de guérison de fractures non consolidées. 265
Fracture de la jambe vicieusement réunie ; résection des os ; guérison parfaite sans difformité. 266

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Baker. Cas de volumineux calcul secondaire de la prostate. 167
Bernard. Moyen simple de parer à la rétention d'urine dans les maladies de la prostate ou de l'urèthre qui donnent lieu à une hémorrhagie. 269
Jameson. Cas de hernie fémorale étranglée. 270

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Taylor (A. S.) et *Boudant*. Trois observations d'empoisonnement par les sels de plomb. 274

LONDON MED. CHIR. TRANSACTIONS.

Arrowmsith (R.). Polype de l'œsophage. 246

LONDON MED. GAZETTE.

Francis. Observation d'une tumeur chez un homme affecté de cancer du pénis et du cœur. 238
William. Observation de maladie et de rupture de la valvule mitrale. 239
Obre. Observation de cancer du rein chez un enfant. 241
Bainbrigge (W. H.). Observation d'étranglement intestinal causé par la présence d'une rate supplémentaire dans le grand épiploon. 242
Jenner. Ulcérations de la vésicule biliaire. 244
Richardson (F.). Sur l'impétigo capitis ou croûte lactée des enfants. 255
Grantham. Sur les effets thérapeutiques de l'application externe de l'aconit napel. 258
Davies. Cas d'accouchement à un âge avancé. 262
Pooley (C.). Observation de spina bifida, avec fissure de l'os occipital et absence des lames postérieures de l'atlas et de l'axis. 263
Bainbrigge. Sur le traitement de l'hydropisie de l'ovaire par l'opération. 271
Coley. De la tumeur lymphatique du sein chez les femmes. 272
Maskensie. De l'inhalation des vapeurs d'éther sulfurique comme moyen curatif de quelques formes d'ophthalmie. 276
Owen Rees (G.). D'une source d'erreurs dans la recherche du sucre dans les urines. 279

THE LANCET.

Herapath (W. B.). Observation d'hémorrhagie de la protubérance cérébrale avec ramollissement. 237
Little (J. H.). Observation de cancer du médiastin avec oblitération de la veine cave supérieure et diathèse cancéreuse. 240
Bennett (Henry.). Sur l'inflammation et l'ulcération du col utérin chez les femmes vierges. 254
Brownless. Sur l'usage et l'abus des cautères dans le traitement des maladies des jointures, et mode plus efficace pour les employer. 258
Lockhart Roberston. Sur l'application du trépan au traitement de l'aliénation mentale résultant d'un enfoncement du crâne. 260
Coote. Sur l'administration du mercure dans la syphilis. 277

MONTHLY JOURNAL OF MED.

Simpson. Troubles du système nerveux dans l'albuminurie des femmes enceintes. 261

PROVINCIAL MED. JOURNAL.

King (G.). Observation d'empoisonnement par l'opium au moyen de 2 gouttes de laudanum chez un enfant. 274

JOURNAUX ALLEMANDS.

ZEITSCHRIFT FUER RATIONELLE MEDICIN.

Pfeufer. Observation de cancer de l'œsophage communiquant avec l'aorte. 239

JOURNAUX ESPAGNOLS.

ARCHIVO DE LA MED. ESPANOLA.

Alonso (E.). Observation d'étranglement intestinal causé par le déplacement de la rate et du pancréas. 243